

LES ABCÈS DU FOIE

A propos de huit observations originales

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 NOVEMBRE 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

FOUCHER Georges

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Externe des Hôpitaux

Né le 16 Avril 1929 à TRENTE (Italie)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

—
1954

FOUCHER (Georges)

Les abcès du foie. A propos de huit observations originales.

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1954. In-8, 76 pages.

(*Thèse Médecine Lyon, 1954-1955*
N° 24)

FOUCHER (Georges)

Les abcès du foie. A propos de huit observations originales.

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1954. In-8, 76 pages.

(*Thèse Médecine Lyon, 1954-1955*
N° 24)

FOUCHER (Georges)

Les abcès du foie. A propos de huit observations originales.

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1954. In-8, 76 pages.

(*Thèse Médecine Lyon, 1954-1955*
N° 24)

FOUCHER (Georges)

Les abcès du foie. A propos de huit observations originales.

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1954. In-8, 76 pages.

(*Thèse Médecine Lyon, 1954-1955*
N° 24)

LES ABCÈS DU FOIE

A PROPOS DE HUIT OBSERVATIONS ORIGINALES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire.....	MM. J. LEPINE
Doyen	HERMANN
Assesseur	GATE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER

PROFESSEURS

Clinique médicale A.....	MM. FROMENT
Clinique médicale B.....	P. RAVAU
Clinique chirurgicale A.....	SANTY
Clinique chirurgicale B.....	WERTHEIMER
Clinique ophtalmologique.....	BONNET
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	MAYOUX
Clinique urologique.....	CIBERT
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	DUFOURT
Clinique dermatologique et syphiligraphique.....	GATE
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale.....	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.....	SEDALLIAN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	GUILLEMINEI
Clinique gynécologique.....	POLLOSSON
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PIGEAUD
Clinique stomatologique.....	DUCLOS
Clinique médicale infantile et Hygiène premier âge.....	BERNHEIM
Pharmacie et Pharmacologie.....	X...
Physiologie.....	HERMANN
Anatomie pathologique.....	J.-F. MARTIN
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	PONTHUS dét. à Beyrouth
Médecine du Travail.....	BOURRET
Parasitologie et Pathologie exotique.....	GARIN
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.....	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	CHAMBON
Pathologie générale et expérimentale.....	JOSSERAND
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	DELORE
Anatomie.....	GABRIELLE
Pathologie interne.....	CROIZAT
Chimie biologique et médicale.....	ENSELME
Pathologie chirurgicale.....	MALLET-GUY
Histologie.....	NOEL
Pharmacie galénique et matière médicale.....	REVOL
Médecine légale et déontologie.....	X...
Thérapeutique.....	LEVRAT
Hygiène.....	SOHIER
Biologie médicale.....	JOURDAN
Propédeutique chirurgicale.....	BERTRAND.
Botanique et cryptogamie.....	NETIEN
Pharmacie analytique pharmaceutique.....	BADINAND.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON
Pharmacie et Pharmacologie.....	DREVON
Physique biologique.....	BERGER

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Parasitologie	MM. COUDERT	Bactériologie	MM. A. BERTOYE
Parasitologie	ROMAN	Physiologie	CHATONNET
Histologie	X...	Physiologie	CIER
		Biochimie médicale.....	R. CREYSEL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Pathologie médicale....	BRUN	Anatomie pathologique..	A. GUICHARD
Pathologie médicale....	M. GIRARD	Anatomie	M. LATARJET
Pathologie médicale....	P. GIRARD	Neuro-chirurgie	LECUIRE
Pathologie médicale....	JEUNE	Oto-rhino-laryngologie ..	X...
Pathologie médicale....	VACHON	Ophtalmologie	PAUFIQUE
Pathologie médicale....	GALY	Urologie	PERRIN
Pathologie médicale....	GONIN	Dermato-syphiligraphie ..	THIERS
Pathologie chirurgicale..	BERARD	Médecine légale.....	ROCHE
Pathologie chirurgicale..	DARGENT		
Pathologie chirurgicale..	DESJACQUES		
Pathologie chirurgicale..	LABRY		
Pathologie chirurgicale..	MANSUY		
Pathologie chirurgicale..	A. TRILLAT		
Pathologie chirurgicale..	GUILLET		
Orthopédie	J. MARION		
Obstétrique	BROCHIER		
Obstétrique	MAGNIN		
	MATHIEU		

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Hygiène	MM. BENAZET
Histologie	L. DUMONT
Physique biologique.....	MORET
Pharmacie et Pharmacol.	A. CIER
Chimie organ. et toxicol.	L. PERROT

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. P. BERTRAND, Président ; CLAVEL, DESJACQUES, M. GIRARD, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LES ABCÈS DU FOIE

A propos de huit observations originales

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 NOVEMBRE 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

FOUCHER Georges

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Externe des Hôpitaux

Né le 16 Avril 1929 à TRENTE (Italie)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

—
1954



A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS LES MIENS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Pierre BERTRAND

Professeur de Propédeutique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Au cours du semestre qui vient de s'écouler, nous avons été à même d'apprécier ses grandes qualités de chirurgien. La responsabilité d'un service moderne ne l'empêche cependant pas de témoigner à tous une grande bonté.

Nous sommes honoré qu'il nous ait confié ce travail et qu'il ait accepté la présidence de notre jury.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Agrégé CLAVEL

Chirurgien des Hôpitaux

Au cours d'un semestre d'externat puis au Service d'Urgence de l'Hôtel-Dieu, nous avons pu apprendre que la chirurgie doit rester humaine; son bon sens nous a marqué, définitivement nous l'espérons.

Monsieur le Professeur Agrégé DESJACQUES

Chirurgien des Hôpitaux

Ses connaissances étendues en chirurgie abdominale ainsi que sa haute compétence nous ont fait lui demander de bien vouloir juger cette thèse. Nous sommes flatté qu'il ait accepté et nous l'en remercions respectueusement.

Monsieur le Professeur Agrégé M. GIRARD

Médecin des Hôpitaux

Nous n'avons pas eu l'honneur d'être son externe; il a bien voulu apporter à ce travail une sanction médicale dont son savoir de la pathologie digestive fait toute la valeur.

Nous lui adressons nos hommages respectueux.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE LYON

Monsieur le Docteur GARDÈRE

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur GAUCHERAND

Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé DARGENT

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur DELORE

Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Médecin-Général CHAVIALLE

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A Monsieur le Docteur A. GILBERTAS

Nous lui devons beaucoup pour ce travail,
qu'il soit assuré de notre gratitude.

A François

INTRODUCTION

Dans ce modeste ouvrage, notre but n'est pas d'écrire un traité sur les abcès du foie, plusieurs volumes n'y suffiraient pas. Nous avons simplement voulu présenter 8 observations nouvelles d'abcès du foie recueillies dans le service du Professeur P. Bertrand, à l'occasion desquelles nous rappellerons les caractères principaux de cette affection. Chemin faisant nous serons amené à exposer les commentaires que ces cas nouveaux nous ont suscités.

En l'absence de critère absolu, il est difficile de trancher le diagnostic étiologique ; cependant certains caractères permettent une orientation. Dans cette étude nous avons surtout pensé à l'abcès amibien, sans toutefois exclure complètement l'abcès microbien.

Aussi après un bref historique, nous présenterons nos observations pour essayer ensuite de faire un classement étiologique.

Puis nous passerons en revue les grands chapitres :

- Etiologie,
- Clinique,
- Examens complémentaires,
- Pronostic et traitement,

en exposant, au fur et à mesure, les données qu'apportent nos observations.

Pour terminer, nous tirerons les conclusions qu'elles suggèrent.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'abcès du foie n'est pas de connaissance récente; il n'est donc pas étonnant de le voir décrit dès la plus haute antiquité par des observateurs vivant dans des régions qui étaient et sont restées d'endémicité. Citons la « tumeur hépatique phlegmoneuse » dont mourut le corroyeur Cléotinus, les trois variétés d'hépatites décrites par Hippocrate, mais la plus célèbre observation, comme en bien d'autres cas, reste celle de Galien.

Les abcès du foie disparaissent de la littérature médicale pendant la période du Moyen-Age. On en trouve à nouveau mention dans les travaux d'A. Paré, Boerhaave, Haller, Borsieri, Cullen, Portal (« L'état du foie chez quelques personnes qui sont mortes de dysenterie »).

Mais ce n'est qu'au XIX^e siècle que des descriptions scientifiques verront le jour; préfigurées par le livre de Bontius sur les maladies observées aux Indes Orientales, la plus marquante est vraiment celle de « l'hépatite suppurée des pays chauds », par le baron Larrey. Les grandes campagnes coloniales de ce siècle vont envoyer sur place nombre de médecins et permettre des études plus poussées. Citons Boudoumet, Gonnet, Salva, Hamon, Langlois, Dalmas, Gaidan, Noël, Thévenot et Castel. En Algérie, c'est Laveran; Hospel, C. Broussais.

Dans tous ces travaux, médecins militaires et coloniaux se taillent la plus grande part, vivant en contact permanent avec l'affection.

En 1860, Ronis publie ses recherches sur les suppurations endémiques du foie.

En 1868, Dutrouleau dans un « Traité des maladies des Européens dans les pays chauds », affirme la parenté de l'abcès tropical du foie et de la dysenterie.

Il faut attendre 1887 pour que Kartulis montre le rôle pathogène de l'amibe découverte en 1875 par Losh. Osler, en 1890, arrive à la même conclusion.

C'est alors qu'elle commence l'ère de la thérapeutique spécifique, à laquelle le nom de Sir Leonard Rogers, de Calcutta, restera attaché. Il montre :

- les rapports étroits de la dysenterie et de l'abcès tropical du foie,
- la spécificité de l'amibiase hépatique signée par la présence d'amibes dans le pus,
- il décrit l'hépatite pré-suppurative,
- il affirme la spécificité de l'émétine.

C'est un des plus ardents promoteurs du traitement médical pur.

En 1903, Schaudin sépare *Entamoeba histolytica* de *Entamoeba coli* non pathogène.

Et les avis vont se partager entre traitement uniquement médical et traitement chirurgical.

L'émétine date de 1817, découverte par Pelletier et Caventou; mais elle n'est injectée pour la première fois qu'en 1912 par Rogers.

Avant l'émétine, on utilisait d'abord les émissions sanguines locales, en même temps qu'on donnait ipéca et calomel par la bouche ; la ponction aspiratrice était conseillée par les médecins anglais de l'Inde.

Cependant en 1867, la Société Médico-Chirurgicale d'Alexandrie publie une statistique de 123 cas de suppuration hépatique qui voit la mortalité s'abaisser de 80 % sans intervention à 32 % après intervention ; aussi, les méthodes chirurgicales connurent à la fin du siècle dernier une période de grande vogue : l'incision

était pratiquée soit à la méthode lente pour favoriser la formation d'adhérences, au fer rouge, ou à la potasse caustique (Récamier), soit à la méthode rapide de Dutrouleau qui incisait sur une canule laissée en place, méthode perfectionnée par Stromyer-Little, de Shangaï, qui associe le lavage à l'eau phéniquée et le drainage.

Après l'émétine, l'ouverture large a perdu bien de ses défenseurs au profit du traitement médical pur, complété éventuellement par l'aspiration au trocart. Cependant, il est des cas trop avancés, des cas d'échec thérapeutique, des récidives à plus ou moins longue échéance ou des complications qui appellent le bistouri.

Les deux guerres ont apporté, par leurs déplacements de populations, et par l'apport de blancs « neufs » dans des régions d'endémicité, multitude de cas et de travaux nouveaux.

En 1936, une remise à jour générale des abcès du foie est faite par Huard et Meyer-May, remettant en question de façon troublante l'étiologie de cette affection.

En 1943, puis 1951, Oschner et De Bakey entreprennent une revue statistique de tous les abcès amibiens du foie ayant été publiés dans la littérature médicale à laquelle ils ajoutent l'étude de 263 cas personnels.

En France, Blanc et Siguier ont consacré de nombreuses publications à ce sujet ainsi qu'un ouvrage récent : « L'Amibiase », paru en 1951. C'est surtout à ces derniers auteurs que nous avons fait le plus d'emprunts puisqu'ils montrent vraiment tous les aspects de la question.



LES OBSERVATIONS

- EXPOSITION,
 - ESSAI DE CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE,
 - TABLEAU RÉCAPITULATIF.
-

CHAPITRE II

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION I

T... N... Avin, âge x. Travailleur Indochinois, entré le 8-3-44, travailleur Annamite ne parlant pas le français.

Examen vétérinaire : température à 39°8, douleurs sous-costales droites avec contracture en plastron. Foie peu volumineux.

Radiographie simple : négative.

Intervention (P. Bertrand) : A. G. Incision trans-rectale. Le côlon est fixé sous le foie. On le décolle sans peine. Estomac et duodénum normaux. C'est de la région de décollement du foie que vient un pus crémeux, sans odeur. Abscesses de la taille d'une orange. Quatre mèches.

Envoi à l'examen bactériologique.

Examen bactériologique du pus : absence de microbes.

Suites opératoires : le malade est mis à l'émétine (0,06 gr. tous les deux jours) avec soludagenan.

— Le sixième jour : mobilisation des mèches. La température baisse.

— Le dix-septième jour : toutes les mèches sont enlevées ; suppuration assez abondante.

Le malade sort le 1-6-44. Bonne cicatrisation, écoulement tari, grosse cicatrice chéloïde.

Suites lointaines : malade perdu de vue.

OBSERVATION II

C... Jean-Claude, 3 ans et demi, entré le 12-9-47, venant du service du Professeur Sédallian, où il était hospitalisé pour coqueluche compliquée d'une tuméfaction de l'hypocondre droit.

Antécédents : un frère de deux ans et demi présentant également une coqueluche depuis vingt jours. Rien à signaler dans les antécédents personnels.

Histoire actuelle : vers le 10 août débute une coqueluche d'évolution normale jusqu'au 1^{er} septembre. Au cours d'une quinte de toux très intense, apparaissent des douleurs probablement sous-hépatiques. Le médecin consulté note que l'examen détermine une douleur très nette sous les fausses côtes droites qui sont occupées par une tuméfaction douloureuse pouvant être le foie ou tout autre organe sous-hépatique. La pression de la F. I. D. a déterminé une fois la flexion de la cuisse.

A l'entrée : garçon de trois ans et demi au faciès normalement coloré, en bon état général et qui présente des quintes de toux typiques de coqueluche, avec température à 37°8.

Examen pulmonaire : R.A.S.

Examen cardiaque : bruits normaux, rythme régulier mais rapide. Le foyer maximum d'auscultation est à gauche.

Examen de l'abdomen : souple, pas de hernie ombilicale ni inguinale, la palpation réveille une douleur sous les fausses côtes droites et montre la présence d'une tuméfaction ovale, dure, douloureuse, de la grosseur d'une petite orange qui peut être le lobe droit du foie hypertrophié.

A noter que cette tuméfaction rappelle par sa forme, sa consistance, sa situation une rate hypertrophiée, mais il ne semble pas y avoir d'inversion viscérale.

L'exploration des territoires ganglionnaires est négative.

Tous les réflexes sont obtenus à l'examen nerveux.

Il n'y a pas en outre d'ulcération du frein de la langue, ni de prolapsus anal.

En somme : coqueluche typique évoluant depuis vingt jours, compliquée récemment par une tuméfaction douloureuse de l'hypocondre droit.

Cette masse (Professeur Sédallian) paraît appartenir au foie, saillante, de consistance kystique ou pseudo-kystique, mais sa nature ne peut être précisée. On peut glisser le doigt entre la masse et les fausses côtes.

— Radio pulmonaire : non communiquée.

— Ponction non pratiquée.

— Numération formule :

Globules rouges : 5.200.000.

Globules blancs : 54.000.

Polynucléaires neutrophiles : 20.

Polynucléaires éosinophiles : 2.

Lymphocytes : 15.

Monocytes : 62.

Plasmocyte : 1.

Le malade est mis à la streptomycine (0,50 gr. par jour).

Le 11-9-47 : a quatre quintes par vingt-quatre heures alors qu'à l'entrée il en avait vingt environ avec vomissements. Il ne vomit plus.

La masse abdominale a grossi, est dure, non fluctuante, peu douloureuse, tient au foie et augmente uniformément de volume.

Clocher fébrile à 39°9 aboutissant à une série d'oscillations fébriles.

Intervention, le 12-9-47 (P. Bertrand, De Mourgues, Margotton).

A. G. au Schleich, goutte à goutte.

Incision sous-costale sur la tuméfaction ; on tombe dans une poche cloisonnée, dans laquelle il y a du pus franc, bien lié, sans odeur. On laisse à l'intérieur de cette cavité une mèche et une grosse sonde de Pezzer.

Examen bactériologique du pus : il s'agit de **staphylocoque doré**.

Suites immédiates : l'enfant est mis à la pénicilline. Suites opératoires sans incidents. La suppuration se tarit rapidement, pas d'autres localisations.

L'enfant quitte l'hôpital parfaitement guéri.

Nouvelles reçues le 4-10-54 : l'enfant va parfaitement bien. Développement statural, pondéral et psychique normal.

Aucun signe local.

OBSERVATION III

P... Jean, 21 ans, récemment démobilisé, hospitalisé dans le service du Docteur Naussac pour pleurite droite, entré le 9-1-52.

Antécédents : bonne santé habituelle. Cuti-réaction positive.

Séjour de 15 mois en Algérie.

Début 1951, pleurésie de la base droite, traitée à l'hôpital militaire de Namsarde. Température à 40° pendant huit jours. Deux ponctions pleurales négatives. Guérison en un mois par traitement antibiotique.

Histoire actuelle : depuis 15 jours, le malade souffre d'un point du côté droit persistant sans toux ni expectoration. La température oscille entre 38°5 et 39°5. Pas de frissons, pas d'hémoptysies.

Par ailleurs, état général bien conservé : léger amaigrissement, pâleur du visage et sueurs abondantes, pas de dyspnée.

— Examen thoracique : submatité de la base droite, avec sensation de dénivellation, pas de souffles ni de râles, pas d'abolition des vibrations.

— Examen abdominal : foie normal au début, cependant ensuite son bord antérieur dépasse le rebord costal.

— Examen général : on est frappé par la pâleur du visage et la cyanose des ongles. Température descendant de 39° à 37°5 sous l'influence de la pénicilline (60.000.000 U.).

Pouls : 70. Tension artérielle : 10/5,5.

Radios pulmonaires : — pas d'épanchement, blocage du cul-de-sac costo-diaphragmatique droit.

— Augmentation de l'air hépatique avec surélévation du diaphragme.

Ponction postérieure : montre que la plèvre est libre.

Une ponction dans la région du point de côté permet de retirer un liquide très nettement purulent, et épais, non sanglant.

Examen bactériologique : présente de nombreux polynucléaires très altérés, pas de germes.

Examens spéciaux :

Globules rouges : 4.270.000.

Globules blancs : 18.000.

Valeur globulaire : 0,70.

Formule :

Polynucléaires neutrophiles : 80.

Eosinophiles : 2.

Monocytes : 11.

Lymphocytes : 7.

Le Docteur Naussac fait le diagnostic d'abcès du foie ancien, réchauffé récemment. Le malade est alors traité à l'émétine qui fait disparaître la température et les signes locaux.

Le 24-1-52, le malade est dans un état satisfaisant. Température stabilisée autour de 37°. Le malade passe dans le service du Docteur Naussac.

Nouvelles reçues le 14-10-54 :

Le malade va très bien, il n'a pas repris de poids mais il a un très bon appétit. Transit digestif normal, tendance à la constipation.

Aucun signe local.

A eu deux séries d'émétine (0,80 gr. par série) en 1952.

Effectue actuellement un travail très pénible.

OBSERVATION IV

R... René, 29 ans, terrassier, entré le 31-10-52 pour abcès de la paroi abdominale.

Antécédents héréditaires et collatéraux : R.A.S.

Antécédents personnels : pleurésie suivie d'un an de repos.

Histoire actuelle : le 16-10-52, la malade présente une violente douleur au niveau de l'appendice xyphoïde. Il faut noter que le malade travaille avec une perforatrice pneumatique qu'il appuie sur la base du thorax. Cette douleur est isolée, locale, sans troubles du transit. Le médecin traitant pense à un hématome, le met à la glace et au repos pendant quinze jours. Pas d'antibiotiques.

Le 28-10-52 : apparition d'une tuméfaction chaude, douloureuse, s'accompagnant d'une douleur profonde.

A l'entrée : malade de 29 ans, température 37°4.

Tuméfaction du diamètre d'une orange, chaude, douloureuse avec, au centre, un point douloureux exquis situé à la pointe de l'appendice xyphoïde. Il est impossible par la seule palpation de préciser ses rapports avec les côtes.

Examen général : R.A.S.

Radiographies pulmonaires face et profil : R.A.S.

Ponction le 5-11-54 ramène un pus dont l'examen bactériologique est négatif.

Examens spéciaux :

Globules rouges : 4.400.000.

Globules blancs : 9.200.

Formule :

Polynucléaires neutrophiles : 65.

Polynucléaires éosinophiles : 2.

Lymphocytes : 14.

Monocytes : 5.

Intervention, le 15-11-52 (P. Bertrand, Laroyenne).

A. G. A l'incision sur le point fluctuant, on trouve une suppuration abondante qui n'est en réalité que la poche superficielle d'une poche de pus intra-hépatique. La couleur chocolat, rougeâtre du pus, le siège de la suppuration font penser à un abcès amibien du lobe gauche. Un drain.

Suites immédiates : simples. Il persiste une petite fistule par laquelle on pratique une exploration lipiodolée qui ne pénètre pas dans la poche, profonde.

Sort le 29-11-52.

Malade revu le 4-10-54 : E. G. extrêmement floride.

— Le sujet a repris son travail de maçon mais n'utilise plus de perforatrice.

— Cicatrice en parfait état, aucun signe local.

— Examen radioscopique normal.

— Se plaint de petits troubles dyspeptiques en rapport avec un éthyisme chronique certain.

OBSERVATION V

S... Jeanne, 47 ans, sans profession. Entrée le 12-12-52 ; envoyée dans le service du Professeur Sédallian pour troubles digestifs avec température.

Antécédents collatéraux : deux enfants de 16 et 11 ans en bonne santé.

Antécédents personnels : érysipèle ancien.

Histoire actuelle : le 15-11-52, la malade a été prise de brûlures gastriques avec gargouillements, sensation de malaise général ; le soir, température à 40°. La malade est mise aux sulfamides puis à l'auréomycine par le médecin traitant. Le cinquième jour, la température est toujours à 40°. La malade est adressée à l'hôpital.

— Le 20-11, à l'entrée dans le service des maladies infectieuses, on notait : matité de la base droite avec frottements pleuraux. La ponction pleurale ramène un liquide séro-fibrineux à formule polynucléaire.

— Le 23. Hémorragie intestinale de 200 grammes environ ; on pense alors à une typhoïde ; la malade est mise à la chloromycétine.

Radiographies montrent :

— une surélévation du diaphragme qui de face est au niveau du troisième espace intercostal ;

— une image sous-diaphragmatique avec bulle d'air et niveau que la radiographie de profil montre postérieure tandis que le cul-de-sac antérieur est libre.

Cependant, le cul-de-sac costo-diaphragmatique droit apparaît comblé.

Ponction :

La ponction permet de reconnaître l'existence d'une poche haute à contenu séro-fibrineux et d'une poche basse purulente ou du moins puriforme aseptique car les recherches les plus minutieuses n'ont pas pu mettre de germes en évidence.

Examens spéciaux : numération :

Globules rouges : 3.060.000.

Globules blancs : 10.200.

Examen de selles : kystes d'entamoeba coli.

Intervention, le 17-12-52 (Barry, Pichat, Nové-Josserand).

A. G. Thoracotomie. Résection de la neuvième côte. La plèvre est symphysée. Incision du diaphragme. Dilacération au doigt d'un énorme abcès. Evacuation d'un abcès qui s'étend très loin du côté gauche et détruit le parenchyme hépatique. Pénisulfamide. Un gros drain. Deux mèches. Suture du diaphragme à la paroi thoracique. Peau ouverte.

Examen histologique (Prof. J.-F. Martin) : pas de trace de tissu hépatique sur les fragments examinés. Il s'agit d'une nappe épaisse de tissu de granulation, mortifiée en surface et en voie d'organisation fibreuse en profondeur.

Suites immédiates : excellentes. La température est tombée à 37° en trois jours, le drain a été ôté le cinquième, les mèches le septième.

La malade reçoit un traitement anti-dysentérique (1,50 gr. d'auréomycine, par jour, pendant dix jours).

Le 5-2-53, la malade est en excellent état général, localement il persiste encore un écoulement peu important pour lequel elle viendra aux pansements.

Revue le 4-10-54 :

— L'écoulement a cessé très rapidement après la sortie.

— E. G. extrêmement satisfaisant bien que la malade soit restée très maigre.

— Transit digestif normal.

— Foie de volume normal. Aucun signe pleural ni pulmonaire.

— Scopie : le cul-de-sac pleural droit reste comblé.

OBSERVATION VI

D... René, 56 ans, entré le 19-5-53, venant du service du Professeur Sédalian, où il était hospitalisé pour abcès sous-phrénique.

Antécédents : a vécu 33 ans aux colonies ; comme affection coloniale on ne relève que la dengue. Pas de dysenterie sauf peut-être quelques épisodes de selles molles et pâteuses.

Histoire actuelle : Le malade part de Saïgon le 17 mars ; le 22 mars il se sent asthénique, anorexique et la température s'élève progressivement à 39°-40°.

L'auréomycine est sans action.

Chez lui, le malade s'alite devant la persistance de cet état ; laxatifs puis ganidan sont inactifs. On pratique alors un séro-diagnostic typhique positif au 1/240^e puis un séro-diagnostic para A positif au 1/50^e. Le malade reçoit alors de la chloromycétine qui se montre à son tour sans action, la température persistant entre 37°5 et 38°. Terramycine et streptomycine n'ont pas plus d'effet.

A l'entrée : la température est actuellement tombée depuis le 17 mai à 37°4, le malade a maigri de 15 kgs depuis le début de l'affection. Pas de troubles digestifs si ce n'est une anorexie persistante.

A l'examen, ni foie ni rate ne sont perçus. L'abdomen est souple, non douloureux.

Examen général, cœur, poumons : R.A.S. Tension artérielle : 9,5/7.

Les radiographies simples : montrent que le diaphragme semble surélevé avec flou de la partie supérieure du foie mais aussi condensation pulmonaire sus-jacente.

Les tomographies montrent une image hydro-aérique sous-diaphragmatique.

Ponction : non pratiquée.

Examens spéciaux :

Urée : 0,28 gr. o/oo.

Protéines : 67,20 gr. o/oo.

Intervention, le 18-6-53 (Gilbertas, Latreille, Viard).

A. G. Thoracotomie droite enlevant la neuvième côte. L'hémi-diaphragme droit bombe à sa partie moyenne d'ailleurs blanchâtre et auquel le lobe inférieur adhère. Désinsertion périphérique du diaphragme qui est resuturée en regard de la huitième côte. La face supérieure du foie adhère à la face inférieure du diaphragme. On clive facilement cette adhérence et on ouvre alors un abcès hépatique d'où sort un jus jaune chocolat assez épais. Une mèche. Un drain. 1.000.000 U. de pénicilline.

Fermeture pariétale au nylon. Un drain de Monod dans le huitième espace antéro-latéral.

Suites : ablation du drain au sixième jour, apyrexie au treizième. Mais reprise de la température au seizième jour. Puis :

— Perfusion de Dakin mal supportée.

— Lavages par la sonde (eau tiède et Dakin).

Cependant, la température persiste. Il semble donc exister une poche de rétention ou plutôt un second abcès, ce que confirme la radio après lipiodol. On décide de réintervenir.

Réintervention, le 25-7-53 (Guillemin, Latreille).

A. G. Incision sur l'ancienne fistule. On tombe sur une cavité de petite dimension ne contenant pas de pus. Se basant sur la radio avec lipiodol, le doigt retrouve dans le parenchyme hépatique un trajet oblique et ascendant, d'environ 8 centimètres de long, qui conduit dans une cavité qu'on aborde par le pôle inférieur, dont la coque est dense, pleine d'un pus épais dont on retire environ un verre. Mise en place d'un drain de Pezzer. Novocaïnisation des nerfs intercostaux des espaces sus- et sous-jacents à l'incision de thoracotomie.

Suites opératoires immédiates : très simples ; lavages au Dakin par le drain ; apyrexie au troisième jour.

Puis du 15 au 30-10-53, le malade subit un traitement médical post-opératoire avec :

- émétine 0,80 gr. en tout,
- terramycine : 20 grammes,
- Enterovioforme,
- Stovarsol.

Hospitalisé quatre jours en mars 1954 pour ablation de fil pariétal.

Nouvelles reçues le 4-10-54 ; état général et état local excellents.

OBSERVATION VII

M... Gonzalès, 39 ans, entré le 31-8-53, envoyé du service du Dr Naussac pour abcès sous-phrénique.

Antécédents : dystrophie congénitale de la main et de l'avant-bras droits.

— Paraplégie à l'âge de 12 ans. Depuis, existence d'une paraplégie spasmodique en relation avec un mal de Pott ancien, méconnu semble-t-il.

— Gastrectomie en décembre 1952 pour un double ulcère du bulbe et de la petite courbure. Suites simples.

Histoire actuelle : il y a deux mois environ, apparition d'un syndrome dysentérique avec température oscillante. Pas de signes fonctionnels mais réaction pleurale de la base droite. Le malade est hospitalisé chez le Docteur Naussac. A reçu des traitements anti-infectieux divers (y compris de l'émétine en raison du syndrome dysentérique initial).

A l'entrée : malade en mauvais état général, tein terreuse, ayant beaucoup maigri récemment, mais n'ayant pas perdu l'appétit. Pas de signes fonctionnels, la température reste oscillante avec des clochers à 39-40°.

L'examen de la base droite est négatif ; pas de matité, légère diminution du murmure vésiculaire. Douleur à la pression forte au niveau de la base droite.

Examen abdominal négatif.

Examen cardiaque : R.A.S. Tension artérielle : 11/7.

Examen nerveux : les deux pieds sont en équinisme, mobilité normale des deux membres inférieurs, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde du pied gauche. Enfin, dystrophie congénitale de la main et de l'avant-bras droit.

Radiographies simples : montrent une surélévation du diaphragme et un comblement du sinus costo-diaphragmatique droit.

U.I.V. normale.

Ponction ramène un pus assez épais ; mises à l'étuvé les cultures ont donné lieu à la pousse lente d'un **streptocoque** qui s'est montré tout d'abord anaérobie strict. La différenciation montre qu'il s'agit de l'espèce 9 de Prevot, c'est-à-dire d'un « *Streptococcus evolutus* ».

Examens spéciaux : numération :

Globules rouges : 3.120.000.

Globules blancs : 10.400.

Formule :

Polynucléaires neutrophiles : 72.

Polynucléaires éosinophiles : 2.

Lymphocytes : 16.

Grands lymphocytes : 4.

Monocytes : 6.

Urée : 0,40.

Protéines : 65.

Chlore : 3,34.

R. A. : 54 V.

Intervention, le 4-9-53 (P. Bertrand, Gilbertas, Latreille).

A, G. Large incision sous-costale droite. Le foie est énorme, la région sous-hépatique est normale. On sent que le lobe droit au niveau de sa face convexe est le siège d'un volumineux abcès. Il existe d'ailleurs des adhérences assez larges entre la glande hépatique et le péritoine diaphragmatique. Après repérage de l'abcès par ponction celui-ci est incisé (pus horriblement fétide) et drainé. Un drain, 4 mèches autour du drain.

La paroi est fermée au catgut, la peau est laissée ouverte. Suites immédiates : très simples, petite suppuration rapidement tarie. Malade revu le 11-10-54 :

Va très bien. Pas de troubles digestifs. A repris une activité normale. Localement : cicatrice large et chéloïde avec petite éventration.

Radioscopie normale.

OBSERVATION VIII

J... Robert, 27 ans, marin, entré le 18-9-53 pour péritonite par rupture d'abcès du foie.

Antécédents familiaux : une sœur morte de péritonite, une sœur bacillaire, père décédé d'un cancer à l'estomac.

Antécédents personnels : marin, ayant passé deux ans en Extrême-Orient (1945 à 1947).

— Paludisme contracté en Indochine.

— Syndrome dysentérique fébrile en 1946 sans lendemain.

Histoire actuelle : en juillet 1953, pyrexie inexpliquée, rebelle à la chloromycétine, sensible à la pénicilline. Hospitalisé dans le service du Docteur Naussac, qui notait une base droite submate.

En août 1953, nouvel épisode fébrile rebelle à la pénicilline et à la chloromycétine. Le Docteur Naussac note une douleur sur la ligne axillaire droite et une obscurité de la base droite.

Ponction exploratrice le 16-9-53 : négative.

Le 18-9-53 : douleur brutale dans l'hypocondre droit. Défense de la paroi. Lipothymies.

Conclusion : rupture d'un abcès du foie. Indication opératoire d'urgence.

Intervention, le 18-9-53 (P. Bertrand, Gilbertas, Latreille).

On intervient avec le diagnostic de rupture d'abcès du foie en plein ventre.

A. G. Incision de Mayo-Robson en commençant par la branche verticale par laquelle on se rend compte, dès l'ouverture du péritoine, qu'il s'agit d'une suppuration venant de la région sous-hépatique. Après protection et vérification de l'intégrité des voies biliaires la palpation du lobe droit du foie, en passant la main sous le diaphragme, permet de reconnaître une grosse masse intra-hépatique fluctuante. Cette masse se vide par un orifice très large situé à la face antérieure du foie, orifice par lequel on pénètre dans une cavité cratériforme. Un drain ondulé. Un gros drain entouré de trois mèches. Un drain dans le Douglas à la partie basse de l'incision.

Fermeture de la paroi plan par plan.

Examen bactériologique du pus : pas de microbes à l'examen direct. Les cultures en milieux aérobie et anaérobie sont restées stériles.

Suites opératoires : les suites générales ont été simples. Gaz et selles dans les délais normaux. Apyrexie au vingt et unième jour après une ascension à 39°.

Le malade a reçu : streptomycine 2 grammes par jour pendant 20 jours, puis terramycine 2 grammes par jour pendant 20 jours ; émétine (avec strychnine) 0,08 gramme par jour pendant 6 jours puis 0,04 gramme par jour jusqu'à 0,80 gramme en tout.

Localement : ablation du drain du Douglas et du drain en lamelle au troisième jour, puis des mèches au dixième jour. Lavage quotidien au Dakin-pénicilline par le drain dans la cavité résiduelle.

Ablation des fils au dix-septième jour.

Changement de drain au dix-neuvième jour, enlevé définitivement au trente-cinquième.

Une radiographie après lipiodol a été pratiquée au trente et unième jour : le lipiodol injectait une cavité résiduelle, mais ne passait pas dans le duodénum par la voie biliaire principale.

Cicatrisation per primam intentionem. Sort le 10-11-53.

Revu le 11-2-54 : va très bien, état général et état local excellents.

On n'a pu revoir ce malade ultérieurement.

CHAPITRE III

CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE

Il est très difficile de placer une étiquette sur chacun de nos abcès : en effet, mis à part les deux cas pour lesquels l'examen du pus a été positif, pour aucun des six autres la certitude absolue ne peut être apportée soit en faveur d'une origine amibienne, soit en faveur d'une origine microbienne ; le seul test absolu serait la présence d'amibes dans le pus, malheureusement cette recherche a toujours été négative. Cependant des arguments de présomption peuvent être avancés ; c'est ainsi que dans quatre de nos observations, il existe un faisceau de données qui rendent très probable l'origine amibienne de ces abcès. Il s'agit de :

L'observation I : malade indochinois, porteur d'un abcès unique contenant un pus crémeux, inodore, dont l'examen s'est révélé négatif au point de vue bactériologique. On note également une bonne réponse au traitement éméтинien, post-opératoire, il est vrai.

Dans l'observation III, en faveur de l'amibiase hépatique, nous relevons d'emblée : un séjour de 15 mois en Algérie. Examen de pus : amicrobien. Mais surtout l'histoire clinique ressemble bien à celle d'un abcès amibien avec un an auparavant un épisode fébrile à 40°, qualifié de la base droite, mais avec ponctions pleurales négatives, puis apparition de la triade: point de côté, fièvre,

hépatomégalie, et surtout la réponse remarquable à l'émétine puisque le malade a échappé à l'intervention.

De même dans l'observation VI, il s'agit d'un malade qui a vécu 33 ans aux colonies, qui présente des épisodes dysentériques dans ses antécédents. Le pus était jaune chocolat, bactériologiquement stérile. Enfin, dans les suites opératoires assez troublées, on doit noter la réponse remarquable au traitement éméтинien.

Dans l'observation VIII, c'est encore un malade revenant des colonies qui, lui, a présenté un syndrome dysentérique vrai dans ses antécédents. Les examens bactériologiques et les cultures du pus ont été négatifs. L'histoire clinique elle-même est plus évocatrice d'amibiase que d'abcès à pyogènes, avec un épisode fébrile trois mois auparavant.

Au contraire, dans deux de nos observations, il est difficile d'évoquer une origine amibienne puisque les examens bactériologiques de pus apportent une réponse positive.

Comme dans **l'observation II**, où l'abcès apparaît au décours d'une maladie de l'enfance (coqueluche), chez un garçon de trois ans et demi, sans autre antécédent et où l'examen de pus a montré du staphylocoque doré.

Et dans **l'observation VII** où le malade n'a pas d'antécédents coloniaux. Dès l'ouverture, le pus apparut horriblement fétide ; son examen bactériologique montra du streptocoque.

Et peut-être il est possible d'évoquer une origine digestive chez ce malade qui six mois auparavant fut gastrectomisé pour ulcus double, gastrique et duodénal.

Restent enfin les **observations IV et V** pour lesquelles il est difficile de se prononcer :

Pas d'antécédents coloniaux, ni dysentériques dans les deux cas. Dans les deux cas également, pus stérile ; mais si dans l'observation V la malade avait reçu une grosse quantité d'antibiotiques qui auraient pu stériliser le pus, remarquons que dans l'observation IV il est précisé que la malade n'a reçu aucun traitement

anti-infectieux avant l'intervention. Le doute persiste surtout dans l'observation IV.

Et dans l'**observation V**, le tableau clinique était très évocateur d'une dothiéntérie, y compris l'hémorragie intestinale, d'autant plus qu'on a décrit des abcès du foie typhiques (R. Weiss). Toutefois, on ne peut rien conclure devant la réponse négative de l'examen bactériologique.

TABLEAU I

Etiologie - Clinique - Examens

Observ.	Antécédents	Début	Allure clinique	Données radiologiques	Ponction Pus
I Homme âge ?	Indochinois.	Aigu le 8-3-44.	Perforation en péri- toïne cloisonné.	R.A.S.	Pus stérile.
II Garçon 3 ans 1/2	R.A.S.	Subaigu le 1-9- 1947.	Apparition d'une tu- mefaction de l'hypo- condre droit.		Pas de ponction. Staphylocoque doré.
III Homme 21 ans	15 mois en Al- gérie. Pleurésie ?	Subaigu le 24- 12-52.	Température et point de côté.	Pas d'épanchement. Surélévation dia- phragmatique.	P. pleurale = 0. P. hépatique : pus stérile.
IV Homme 29 ans	R.A.S.	Subaigu le 16- 10-52.	Tumefaction épigas- trique.	R.A.S.	Ponction : pus sté- rile.
V Femme 47 ans	R.A.S.	Aigu le 15-11-52.	Allure pseudo-typhi- que (hémorragie in- testinale).	Surélévation dia- phragmatique. Ima- ge hydro-aérique.	P. pleurale : liquide S. F. P. hépatique : pus stérile.
VI Homme 56 ans	33 ans de co- lonies. Episo- des de selles pâteuses.	Subaigu le 22-3- 1953.	Pyrexie rebelle.	Image hydroa-érique sous - diaphragmati- que.	
VII Homme 39 ans	R.A.S.	Subaigu juill. 53.	Syndrome dysentéri- que avec tempéra- ture oscillante et re- belle.	Surélévation du dia- phragme. Comble- ment du sinus.	Ponction : pus avec streptocoque.
VIII Homme 27 ans	Deux ans en E. O. Syndro- me dysentéri- que en 1946.	Aigu le 18-9-53. Pyrexies en juill. et août 53.	Perforation en péri- toïne libre.		Ponction négative 2 jours auparavant.

TABLEAU II

Traitements - Suites

Observ.	Traitement médical	Intervention	Suites immédiates	Suites lointaines
Obs. I	Emétine post-opé- ratoire.	Voie abdominale 8-3-44. Evacuation et drainage par 4 mèches.	Bonnes. Petit écoulement tari. Sort le 1-6-44.	Perdu de vue.
Obs. II	Strepto. (0,50 p. i.), Pénicilline post-opé- ratoire.	Laparotomie sous-costale le 12-9-47. Drainage par 1 mèche et 1 sonde.	Simple.	Excellentes.
Obs. III	Emétine.	0	Guérison.	Excellentes.
Obs. IV		Laparotomie médiane le 15-11-52. Un drain.	Persistance d'une petite fistule. Guérison. Sort le 29-11-52.	Excellentes.
Obs. V	Sulfamides. Auréo- mycine. Tifomycine pré-op. Auréomycine post- opératoire.	Thoracotomie le 17-12- 1952.	Simple persistance d'un petit écoulement spon- tanément tari.	Excellentes.
Obs. VI	Auréomycine. Tifo- mycine. Terramycine pré-opé. Emétine. Terramyci- ne post-opérat.	Thoracotomie le 18-6-53. Un drain, une mèche. Thoracotomie le 25-7-53. Un drain.	Complicquées par la ré- vélation secondaire d'un second abcès.	Excellentes.
Obs. VII	Antibiotiques. Emé- tine pré-opérat.	Laparotomie sous-costale le 4-9-53. Un drain, une mèche.	Simple. Petite suppu- ration rapidement tarie.	Excellentes.
Obs. VIII	Tifomycine. Pénicil- line pré-op. Streptomycine. Emé- tine post-opérat.	Laparotomie le 18-9-53. Trois drains, 3 mèches.	Simple. Sort le 10-6-53.	Excellentes six mois après. Pas de nouvelles ac- tuelles.



— REVUE GÉNÉRALE.

— COMMENTAIRE DE NOS OBSERVATIONS.



CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Un des plus gros problèmes concernant les abcès du foie réside dans la fréquente difficulté de préciser, à un moment quelconque de leurs observations cliniques leur exacte nature: s'agit-il d'abcès amibiens ? d'abcès à pyogènes ? d'abcès amibiens surinfectés ou bien encore d'une association amibes-pyogènes ?

Il est entendu cependant que nous éliminerons de notre étude :

— Les abcès du foie survenant au cours de septico-pyohémies pour lesquels l'atteinte hépatique n'est qu'un des éléments de l'infection généralisée.

— Les abcès ou plutôt les suppurations hépatiques survenant au cours d'affections hépato-biliaires comme le cancer du foie, la cholécystite, l'angiocholite.

— Les très exceptionnels abcès traumatiques, où une suppuration a pu se développer autour d'un corps étranger inclus dans le foie.

— Et les kystes hydatiques surinfectés.

Ainsi toute étude sur les abcès du foie est d'emblée compliquée par les difficultés de classement étiologique et en partie dominée par ce problème. Cependant, nous rappellerons d'abord un certain nombre de points plus ou moins communs aux différentes formes d'abcès.

Fréquence.

Cette fréquence a particulièrement été étudiée pour les abcès amibiens ; sans préjuger de sa nature, la réaction hépatique au cours de l'amibiase intestinale apparaît comme relativement fréquente mais très variable selon les auteurs. De 84 % pour Cuc-

kerbutty à 2 % pour Fiessinger-Leroy. Sur 9.689 cas colligés, Oschner et Debakey la trouvent dans 11 % des cas. Pour Manson-Bahr elle varie de 2 à 5 % ; dans 22,6 % des cas de Fuchter, 56 % pour Paynes et 25 % pour Blanc et Siguier.

Les proportions relatives des hépatites simples et des hépatites suppurées ne sont jamais indiquées de façon précise ; pour Blanc et Siguier il y aurait 1 % de formes chirurgicales parmi l'ensemble des atteintes hépatiques. Il est à noter, que d'une part la fréquence des réactions hépatiques par rapport à l'amibiase intestinale, et d'autre part la fréquence des formes chirurgicales par rapport aux formes médicales sont en régression nette, bien que l'amibiase intestinale elle-même n'apparaisse pas en diminution. On doit ce fait, fort probablement, aux traitements médicaux plus précoces et plus actifs.

Age.

L'abcès du foie se voit à tout âge, mais plus volontiers dans le courant des troisième, quatrième et cinquième décades (75 % des malades de Oschner et Debakey). Le cas le plus précoce connu est celui de Leroy des Barres (11 mois) ; dans nos observations nous avons un malade de 3 ans et demi (obs. 2). Oschner et Debakey en ont vu chez un malade de 72 ans. Notre malade le plus âgé a 56 ans (obs. 6). Presque tous nos malades sont donc bien dans les limites d'âge habituelles.

Sexe.

Sans contestations possibles il y a plus de cas publiés à propos d'hommes que de femmes.

D'abord parce que les cas décrits le sont en général chez des Blancs transplantés sous les tropiques, et parmi ceux-ci il est beaucoup plus d'hommes que de femmes, mais ensuite, toutes choses égales d'ailleurs, pour des raisons encore indéterminées, lorsqu'il s'agit de la complication hépatique l'amibiase frappe plus l'homme que la femme ; peut-être faut-il faire intervenir l'action des facteurs favorisants que nous étudierons plus loin.

Dans nos observations également, il n'y a qu'une femme (obs. 5) pour sept hommes.

Race.

Craig avait défendu une théorie de la prémunition chez l'indigène, que l'infestation amibienne dès le jeune âge et la réinfection constante protégeraient des accidents majeurs ; comme dans le paludisme.

Cependant, Huard et Meyer-May ont montré au Tonkin que, dans la mesure où la médecine officielle s'étend aux indigènes, les abcès du foie se rencontrent en nombre croissant chez les autochtones. Oschner et Debakey en Louisiane n'ont vu aucune différence entre Blancs et Noirs, au moins devant l'atteinte hépatique.

Dans nos observations, provenant d'un service à recrutement presque exclusivement européen notons la présence d'un Indochinois (obs. 1).

Répartition géographique.

Tant qu'il s'agit de l'abcès amibien, il est normal que l'on rencontre surtout cette affection dans les pays tropicaux puisque c'est « l'abcès tropical » ; mais il est remarquable que l'on en rencontre de plus en plus dans nos régions, chez des sujets revenant des colonies tropicales et équatoriales, mais aussi chez des individus n'ayant jamais quitté nos régions (Fabre-Pradines).

Quant à l'abcès microbien, aucune systématisation n'est possible.

On peut affirmer que l'abcès du foie est de répartition ubiquitaire avec prédominance tropicale lorsqu'il s'agit d'abcès amibien.

Terrain.

Les facteurs personnels interviennent ici comme ailleurs ; si l'abcès demande deux conditions de développement, d'une part activité pathogène de l'agent infestant, d'autre part pouvoir réceptif de l'hôte, on comprend qu'un amibien par exemple, amoindri par des agresseurs hépatiques antérieurs fasse plus volontiers une complication hépatique ; et c'est le problème de la cirrhose amibienne chez les alcooliques et des amibiases à forme typhique chez le paludéen.

C'est l'alcoolisme chronique encore qui, peut-être est en partie responsable de la plus grande fréquence de l'abcès hépatique chez l'homme que chez la femme.

La gravité de l'abcès tient dans son importance certes, mais aussi dans l'état du parenchyme hépatique voisin. Si nous avons 8 guérisons sur 8 malades, il faut signaler que chez tous ces malades le parenchyme hépatique restant était en excellent état.

Le terrain offert à l'abcès est aussi fonction des :

Antécédents personnels.

Il est presque toujours difficile de rattacher la suppuration à des antécédents cliniques nets ; on le comprend dans les abcès microbiens dits primitifs où la relation est malaisée sauf quelques cas où on peut rattacher l'abcès, avec plus ou moins de certitude :

— à une suppuration chronique péri-unguéale (Dejou et Chipaux),

— à une staphylococcie digestive par manque d'hygiène (Santy et Marion), par exemple ;

mais, même dans l'abcès amibien, Talbot et Sarlin ont insisté sur la possibilité d'abcès en tous points comparables aux abcès amibiens chez des sujets au passé amibien net.

Enfin, même quand l'abcès est sûrement amibien on sait que les rapports avec les phénomènes dysentériques sont très larges ; l'abcès pouvant apparaître en même temps, très longtemps après ou même avant toute manifestation colique : un tiers à un demi des malades de Oschner et Debakey n'avaient aucun phénomène diarrhéique antécédent ou même concomitant ; 26,9 % présentaient de la diarrhée à l'entrée.

Pour C. Rogat, les phénomènes hépatiques se sont produits trois mois à trente ans après les phénomènes intestinaux.

Dans notre observation 8 le syndrome dysentérique prend place en 1946, le malade commence à souffrir de son abcès en septembre 1953, soit sept ans après.

Mais il est d'autres caractères qui permettent de mieux préciser cette étiologie, à savoir :

- le caractère du pus,
- l'examen des selles,
- la recto-sigmoïdoscopie,
- la réaction de fixation du complément,
- la vitesse de sédimentation globulaire,
- l'épreuve thérapeutique.

Nous n'insisterons pas ici sur ces différents critères que nous aurons l'occasion d'étudier plus longuement au chapitre des examens complémentaires.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE PATHOGÉNIE

Nous ne développerons pas outre mesure cette étude pour laquelle les données classiques restent actuelles. Nous rappellerons seulement les principales notions au sujet du

Nombre.

Si l'abcès tropical et à un moindre degré l'abcès microbien primitif sont classiquement uniques, l'éventualité d'abcès multiples doit être constamment à l'esprit. Mais les statistiques diffèrent considérablement suivant qu'il s'agit d'observations cliniques ou de protocoles nécropsiques, atteignant 72 % dans ce cas.

Rogers a trouvé 79 cas d'abcès multiples contre 85 solitaires. Pour Huard et Meyer-May ces chiffres sont respectivement 13 et 137. Nous-mêmes, sur 8 observations, nous avons 1 cas d'abcès double (obs. 6) ; le diagnostic n'ayant été fait que par un examen radiologique lipiodolé post-opératoire.

Ces abcès multiples peuvent être contemporains et de même degré évolutif ou au contraire d'évolutivités différentes ; survenant soit par inoculation simultanée et multiple du parenchyme hépatique, soit parensemencements successifs et échelonnés dans le temps avec au maximum l'hépatite diffuse réalisant un semis de petits abcès.

Le volume

est très variable ; depuis l'abcès microscopique sans manifestations cliniques jusqu'aux énormes poches contenant plusieurs litres de pus.

La morphologie

de ces abcès est très différente suivant leur stade évolutif ou leur type.

Les lésions princeps peuvent être résumées en : infarctissement et thrombose des rameaux porte, en même temps qu'agit l'activité cytolytique de l'amibe.

Le foie passe d'abord par un stade congestif global : c'est l'hépatite pré-suppurative ; ces lésions peuvent suivant la résistance de l'hôte et suivant le traitement :

— s'entourer de tissu fibreux cicatriciel : c'est l'abcès abortif anatomique mais non clinique.

— ou bien évoluer vers le stade de phlegmon aigu, réalisant l'abcès typique avec son pus chocolat et sa paroi à trois couches (purulente interne, moyenne de nécrose fibrinoïde, externe de tissu néoformé) au niveau de laquelle on a quelque chance de trouver les amibes.

Ce phlegmon lui-même peut soit se développer, détruisant tout le parenchyme avoisinant et se perforer, soit se limiter par une coque dure, parfois crétacée : c'est l'abcès vieilli.

Citons encore deux formes qui sortent de notre étude :

— l'hépatite nodulaire hypertrophique de Achard et Foix, se rapprochant du cadre des cirrhoses,

— et l'hépatite chronique simple de Paiseau et Hutinel marquée par l'importance de la réaction péritonéale péri-hépatique.

Ce qui importe, c'est évidemment l'état du parenchyme hépatique voisin dont la plus ou moins importante intégrité conditionne en partie la résistance du sujet.

Le siège

de ces abcès a été maintes fois décrit.

Que l'abcès se rencontre plus souvent à droite qu'à gauche c'est un fait bien établi ; d'abord le lobe droit pèse 80 % de plus que le lobe gauche ; il est donc banal qu'il soit plus fréquemment atteint.

On a cherché cependant à expliquer cette prédominance droite par des raisons vasculaires : on a décrit deux courants dans la veine porte, l'un de la veine mésentérique supérieure vers le lobe droit, l'autre des veines mésentérique inférieure et splénique vers le lobe gauche ; or, la mésentérique supérieure draine le sang

en provenance du cæcum et du côlon ascendant lieux d'élection de la localisation amibienne.

Par ailleurs, que l'abcès siège plus volontiers sur la convexité s'expliquerait par le fait que c'est la zone d'épanouissement des ramifications portales.

Les abcès du lobe carré et du lobe de Spiegel sont rarissimes.

L'abcès est-il plus volontiers antérieur que postérieur ?

Pour Oschner et Debaquey l'abcès amibien serait plus antérieur et l'abcès microbien plus postérieur.

Huard et Meyer-May en ont vu 138 à droite contre 12 à gauche, plus souvent en avant qu'en arrière (102 contre 37), ce que confirment d'autres auteurs (Cignozzi, Vergoz, H. Gerin).

Quant à nous :

5 sur 8 de nos abcès siègent à la face convexe.

Nous avons : 1 abcès du lobe gauche (obs. 4),

1 abcès de la face inférieure (obs. 1),

1 abcès sur le bord antérieur (obs. 2).

Les localisations supérieures et droites prédominent donc. A propos, de cet abcès antérieur (obs. 2) on peut faire remarquer qu'il s'agit sans contestations possibles d'un abcès à pyogènes ; la localisation antérieure n'a donc rien de pathognomonique d'abcès amibien.

Evolution anatomique.

Nous n'insisterons pas sur l'évolution spontanée de ces abcès, rappelons seulement leurs migrations possibles :

— vers le haut :

- Association avec un abcès pulmonaire - ouverture dans une bronche avec possibilité d'évacuation par une vomique, éventualité considérée généralement comme relativement favorable.
- Ouverture dans la plèvre, ou dans le péricarde, avec pleurésie ou péricardite, de fâcheux pronostic ; la péricardite étant même considérée comme mortelle.

— vers le bas :

- L'ouverture dans les organes creux abdominaux (estomac, duodénum, côlon, vésicule) est exceptionnelle.

- Non rare est l'ouverture dans le péritoine ; nous en avons deux observations :
 - soit ouverture en péritoine cloisonné par des adhérences constituées antérieurement (obs. 1),
 - soit dans le grand ventre avec tableau de péritonite généralisée (obs. 8).
- enfin une migration pariétale épigastrique, la térale ou postérieure est considérée comme rare ; cependant dans
 - L'observation 2, l'abcès faisait saillie dans l'hypocondre droit.
 - Et dans l'observation 4 on observait une tuméfaction épigastrique.

Pathogénie.

Pour mémoire, nous rappellerons quelques données classiques. Dans le cas d'abcès à pyogènes la voie d'invasion est variable :

- vasculaire ; embolies artérielles ou veineuses des abcès métastatiques ; pyléphlébite secondaire à une infection digestive.
- canaliculaire : abcès après cholécystite, angiocholite.
- lymphatique, éventuellement.

Dans l'abcès amibien :

- la voie sanguine, prouvée expérimentalement, est de loin la plus importante, veine mésentérique supérieure puis veine porte.
 - la voie directe à travers les tuniques coliques puis la capsule hépatique est rare.
 - encore plus rare est la voie lymphatique.
 - pour mémoire, citons la voie biliaire (on a décrit des cholécystites amibiennes d'origine ascendante).
-

CHAPITRE VI

CLINIQUE

La clinique de l'abcès du foie est dominée par la triade symptomatique : fièvre-douleur-hépatomégalie, auxquelles s'ajoutent d'autres signes plus ou moins accessoires, signes généraux, signes thoraciques, signes abdominaux.

Douleur et fièvre sont les symptômes qui amènent le malade à consulter.

La douleur

est constante mais variable.

Classiquement située par Fontan sur la ligne axillaire au niveau du V^e espace intercostal, on peut la rencontrer au niveau de l'hypocondre droit, sous le rebord costal droit, profonde sans localisation, postérieure et thoracique, reportée à l'épaule droite.

On doit insister sur cette dernière localisation (16,3 % des malades de Oschner et Debaquey) car parfois cette douleur scapulaire est unique, tenace, sans aucun signe d'appel vers le foie, risquant d'entraîner des interprétations erronées.

S'en rapproche la classique douleur « en bretelle trop serrée » de Bertrand et Fontan.

La douleur s'accompagne d'hyperesthésie cutanée.

Très variable dans son intensité, depuis la sensation de pesanteur jusqu'aux véritables élancements en coups de poignard, elle est retrouvée à l'examen qui s'efforcera de localiser le point de douleur maxima correspondant en général au lieu où l'abcès est le plus proche.

Pour Blanc et Siguier, un signe a une grande valeur, c'est celui de « l'ébranlement douloureux du foie », par percussion d'une main posée en éventail sur la région hépatique ; mais cette manœuvre est positive, et cela se conçoit, dans toutes les affections douloureuses de cet organe.

A la lecture de tous les traités, la douleur apparaît donc comme un signe capital ; or, il est curieux de constater que, chez nos malades elle passe presque au second plan, ou bien elle est de caractère atypique.

On la retrouve bien dans l'observation 2, elle est sous forme de point de côté persistant dans l'observation 3, épigastrique dans l'observation 4, mais elle est absente dans les observations 5, 6 et 8, n'apparaissait qu'à la pression forte dans l'observation 7.

La fièvre,

elle, second symptôme cardinal, apparaîtra de façon évidente dans nos observations. Elle est donnée comme constante dans les abcès et comme signe d'alarme quand elle apparaît chez un dysentérique amibien qui en principe doit être apyrétique (Blanc et Siguier). Elle peut revêtir toutes les formes, habituellement peu élevée dans l'abcès amibien, de types intermittent (poussées vespérales) ou rémittent, pouvant varier suivant la marche du processus (un abaissement thermique serait l'indice d'ouverture de l'abcès) suivant également l'apparition d'infection ou de surinfection.

Il faut insister sur ce fait : six de nos malades venaient des services des maladies infectieuses, étant justement hospitalisés pour une fièvre dont on recherchait l'origine.

Douleur, fièvre devront orienter l'examen qui recherchera une

Hépatomégalie.

Elle est constante chez les malades de Huard et Meyer-May, dans trois quarts des malades de Oschner et Debakey ; elle est variable.

Parfois évidente, le foie pouvant être augmenté globalement de volume, débordant les fausses côtes de deux à trois travers de doigt, parfois discrète. Quand elle est postérieure ou thoracique, elle pose le problème diagnostique avec une condensation pleuro-

pulmonaire. Dans tous les cas, sa recherche et son évaluation seront grandement aidées par l'examen radiologique.

Chez nos malades cette hépatomégalie n'était pas tellement commode à mettre cliniquement en évidence, en dehors des observations 2 et 4 où d'ailleurs l'on sentait plus la tuméfaction que le foie lui-même et de l'observation 3 qui se présente comme une hépatomégalie douloureuse et fébrile encore qu'apparue secondairement.

Dans les observations 5, 6, 7, 8 elle est absente, tout au moins au niveau de l'abdomen.

Les autres signes cliniques apparaissent mineurs en regard des précédents.

Signes généraux.

— Anémie plus ou moins importante suivant la durée de l'évolution, allant jusqu'au teint « patate » des vieux coloniaux.

— Asthénie et amaigrissement prennent vite une ampleur marquée.

— On note parfois des sueurs profuses.

Signes abdominaux.

— S'il ne s'agit pas d'un dysentérique connu on devra rechercher les signes de la colite amibienne que nous n'étudierons pas ici.

Signes thoraciques.

Ils sont très fréquents, même en l'absence de complications pleuro-pulmonaires déclarées.

— Toux (comme dans l'obs. 3).

— Matité de la base (obs. 3, obs. 5).

— Diminution du murmure vésiculaire.

— Frottement pleural.

Alors qu'on s'accorde à noter l'absence de tout signe d'**insuffisance hépatique**, tout au moins dans l'abcès hépatique pur.

On pourrait donc penser que la symptomatologie de l'abcès du foie est relativement simple, ce diagnostic devant être évoqué devant la triade fièvre, douleur, hépatomégalie.

Cependant, la multitude des formes cliniques témoigne de l'aspect protégé de l'abcès du foie.

FORMES CLINIQUES

Elles peuvent être multipliées à l'infini. Cependant, quitte à ne pas être complet, nous préférons être succinct et nous décrirons rapidement :

A) Des formes anatomiques.

1° Formes du lobe droit, les plus fréquentes et les plus caractéristiques, comprenant :

- Formes de la convexité.
- Formes inférieures et antérieures.

2° Formes du lobe gauche, plus rares et plus atypiques notamment dans leurs propagations (obs. 4).

3° Formes multiples (obs. 6), auxquelles nous ajouterons, quoiqu'elles ne soient signalées nulle part comme formes anatomiques des

4° Formes pariétales (obs. 2 et 4).

B) Les formes symptomatiques.

Sont de loin les plus intéressantes puisqu'elles permettent d'expliquer les nombreuses erreurs et les retards de diagnostic ; mais nous ne retiendrons que :

1° La forme à allure de cholécystite (Loeper et Varay).

2° La forme à allure de cirrhose, rare (Talbot et Sarlin), avec œdème des membres inférieurs, ascite, splénomégalie ; mais, dans ce cas l'insuffisance hépatique était secondaire, par destruction de la cellule hépatique, et non pas primitive ; c'est donc une forme qui ne peut se voir que dans des abcès non diagnostiqués ou diagnostiqués trop tard, en général parce qu'ils sont trop profonds.

Plus intéressantes et plus fréquentes sont les

3° Formes à type de dothientérie ; manifestées en effet par une température élevée et constante, parfois comme seul signe principal, sans aucun signe d'appel vers le foie.

C'est le cas de l'observation 5 avec température à 40°, début marqué par les troubles digestifs et où il y avait même eu une hémorragie intestinale de 200 grammes, et de l'observation 6 qui présente un malade chez lequel les séro-diagnostic typhique et para A avaient été légèrement positifs.

Dans les deux cas, le diagnostic n'a été redressé que par l'examen radiologique et la ponction.

4° Les formes respiratoires ne sont pas rares et dans bien des cas le diagnostic de pleurésie est évoqué

— dans l'observation 3 il a fallu des ponctions pleurales négatives pour que l'on y renonce,

— dans l'observation 5, ce diagnostic avait également été émis d'autant plus que la malade présentait un épanchement pleural séro-fibrineux réactionnel.

5° Nous parlerons des formes péritonéales avec les formes évolutives.

C) Formes évolutives.

Éliminons d'emblée l'abcès abortif et les formes étudiées avec l'étude anatomique. Nous retiendrons :

1° La forme suraiguë (fulminating abscess de Rogers) qui emporte le malade dans un tableau de choc intense avec des signes généraux extrêmement marqués.

2° Les formes subaiguë et chronique, avec des signes locaux a minima, caractérisées par une atteinte progressive et lente de l'état général ; il s'agit-là des vieux coloniaux à teint patate pour lesquels on parle de « foie colonial », clients habituels des stations hydro-minérales. Ces abcès seront susceptibles de se réveiller sous l'action de surinfection ou d'agresseurs hépatiques ou bien à l'occasion d'affections intercurrentes.

3° Les formes migratives avec ouverture :

— dans le péricarde entraînant la mort en général (Sing-Hartz) ;

— dans le poumon, éventualité relativement favorable ;

— dans la plèvre avec pleurésie purulente ou puriforme aseptique en cas d'abcès amibien non surinfecté ;

— dans le péritoine, entraînant :

- ou bien une péritonite localisée lorsque des cloisonnements ont pu se faire à la faveur d'adhérences, c'est le cas de notre observation 1.
- ou bien une péritonite généralisée pouvant revêtir deux formes :
 - a) la forme sthénique, à grand fracas, avec sa symptomatologie bruyante et évocatrice (obs. 8) ;
 - b) la forme asthénique, à bas bruit, est de diagnostic plus difficile et de pronostic plus grave car elle suppose un malade dont les réactions de défense ont failli.

Enfin, citons les ouvertures plus rares : estomac - duodénum - côlon - et l'ouverture à la peau.

Un cas mérite qu'on s'y arrête : c'est **l'ouverture dans les voies biliaires**. Il arrive que, lors de l'injection lipiodolée d'un abcès le produit opaque passe dans les voies biliaires.

— Pour certains c'est un argument en faveur de l'origine canaliculaire de l'abcès.

— Mais pour Bourgeon et Pietri c'est la condition sine qua non de la guérison quand il n'y a pas drainage chirurgical. Les abcès guéris par ponction ne l'auraient été qu'en tant que drainés par la voie biliaire ; la ponction n'ayant eu pour seul effet que de diminuer la pression dans l'abcès, permettant ainsi l'ouverture d'un clapet évacuateur.

De toute façon « il faut retenir la variété considérable des formes évolutives de l'abcès du foie, son cours sinueux et imprévu, ses arrêts apparents et ses récives qui doivent rester présents à l'esprit du médecin et l'inciter à la prudence » (P. Huard).

Si nous considérons nos observations du point de vue synthétique, nous pouvons les classer en quatre groupes :

- I. — Tableau aigu de perforation (obs. 1 et 8).
- II. — Apparition à bas bruit d'une tuméfaction pariétale (obs. 2 et 4).
- III. — Atteinte de l'état général avec température, les signes locaux étant au second plan (obs. 6 et 7), avec, en plus, pour l'observation 5 : tableau d'embarras gastrique ac-

compagné d'une hémorragie intestinale, suggérant vraiment un autre diagnostic que celui d'abcès du foie.

- IV. — Une seule observation (N° 3) réunit suffisamment de symptômes cliniques qui auraient pu faire penser à une suppuration hépatique, notamment c'est la seule où l'on rencontre la triade douleur-fièvre-hépatomégalie, encore celle-ci n'est-elle apparue que secondairement comme on l'a déjà noté.

Cette rapide étude clinique et la multiplicité des formes, ainsi que nos observations montrent combien le diagnostic de l'abcès du foie est difficile, surtout dans nos régions.

Le diagnostic positif est malaisé quand on n'y pense pas et le diagnostic différentiel se pose avec un si grand nombre d'affections qu'il serait fastidieux de les énumérer. Nous avons eu l'occasion de les évoquer en étudiant les formes cliniques.

Heureusement, l'examen radiologique, les examens de laboratoires et la ponction viennent en aide aux médecins, apportant des renseignements diagnostiques, étiologiques, et pronostiques de la plus grande valeur.



CHAPITRE VII

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

I. — Les examens radiologiques.

A) Radioscopie - Radiographie.

La radioscopie simple sans préparation, complétée par la radiographie face et profil est en général suffisante ; éventuellement des tomographies pourront être pratiquées.

Pour Huard et Meyer-May trois signes sont importants :

- Hypertrophie du foie rencontrée dans 97 % des cas.
- Surélévation du diaphragme dans 41 %.
- Hypocinésie localisée du diaphragme (50 %).

Trois signes sont accessoires :

- Fermeture totale ou partielle du sinus (37 %).
- Ombres surajoutées (30 %).
- Signes thoraciques (15 %).

Bulles d'air et niveaux liquides sont rares mais pathognomoniques.

Dans nos observations, l'examen radiologique, chaque fois qu'il a été pratiqué a apporté des renseignements vraiment intéressants. Des radiographies ont été faites chez six de nos malades (obs. 1, 3, 4, 5, 6, 7) avec en plus des tomographies (obs. 6).

- Deux fois la radiographie simple a été normale (obs. 1 et 4).
- Quatre fois sur six on retrouve sur les graphies les deux signes considérés comme majeurs, à savoir : hypertrophie du foie

et surélévation du diaphragme, ces deux symptômes étant d'ailleurs en partie liés.

— N'ayant pas vu ces malades à la scopie nous ignorons si l'on pouvait constater une hypocinésie localisée du diaphragme.

— Deux fois (obs. 3 et 7) on constate une fermeture totale du sinus costo-diaphragmatique.

— Dans l'observation 6 on constate en outre ombre surajoutée et signes thoraciques sous forme de condensation pulmonaire.

— Enfin deux fois (obs. 5 et 6) on voit très nettement bulle d'air et niveau liquide.

Ainsi l'examen radiologique simple apparaît d'un grand intérêt puisque seulement deux fois sur les six où il a été pratiqué il n'a pas apporté de renseignements valables.

Dans le cas d'abcès du lobe gauche, en s'aidant de l'ingestion barytée on observerait (Oschner et Debakey, Maiza) les images caractéristiques suivantes :

— Abaissement du cardia, petite courbure, et angle duodénal,

— Image typique en croissant de la petite courbure.

Dans notre observation 4 cet examen n'a pas été pratiqué car rien ne faisait penser à une suppuration hépatique.

Les mêmes auteurs (Oschner et Debakey) ne sont pas partisans de l'usage systématique des techniques plus complexes que nous allons passer en revue.

B) Injection de lipiodol et d'air après ponction ; pour préciser les limites supérieure et inférieure de l'abcès (Fiessinger et Casteran, Carnot et Cachera). Cette technique a surtout été utilisée par nous dans les suites chez nos malades, pour préciser l'évolution et la régression du processus. Elle a permis de révéler un second abcès (obs. 6).

C) Hépto-splénographie au thorotrast (Yater) imprégnant électivement le tissu réticulo-endothélial et montrant une image arrondie de non-imprégnation.

D) Spléno-portographie : actuellement il semble bien, à notre connaissance tout au moins, qu'il n'ait pas encore été publié d'observations sur son utilisation dans les abcès du foie. Elle pourrait peut-être revêtir un grand intérêt, précisant : l'existence d'une formation pathologique dans le foie, sa localisation ; permettant éventuellement une ponction mieux orientée que par le point de douleur exquise.

E) L'examen radiologique après rétro-pneumo-péritoine ne semble pas susceptible d'apporter de grands renseignements, mais présente des risques, comme la

F) Péritonéoscopie, dont l'innocuité n'est pas certaine du fait des modifications de pression intra-péritonéale qui pourraient favoriser une rupture; de plus, nombre d'abcès risqueraient de passer inaperçus en raison de leur localisation élective sur la convexité hépatique.

II. — La ponction

doit être placée immédiatement après l'examen radiologique. Elle a une valeur indubitable ; jadis très discutée elle est actuellement généralement admise bien que des auteurs (C. Rogat) la récuse encore formellement.

Ses détracteurs lui reprochent surtout d'être la cause :

- d'infection,
- d'hémorragie (favorisée par un état congestif du parenchyme),
- de rupture d'abcès ; dans notre observation 8 notamment on pourrait éventuellement discuter son rôle provocateur de la rupture qui eut lieu deux jours après,
- d'hématome en galette dans l'espace inter-hépto-phrénique (Fontan et Leroy des Barres),
- de pénétration d'air dans le foie et dans les veines hépatiques.

Ces inconvénients s'effacent cependant devant sa valeur et ses tenants (Huard, Talbot, Sarlin) insistent sur les détails techniques indispensables dans sa mise en œuvre.

La ponction doit être faite en milieu, ou à proximité d'un milieu chirurgical, après préparation médicale anti-congestive (émétine, même en l'absence d'amibiase), anti-hémorragique (coagulants classiques et modernes), anti-infectieux (antibiotiques). Pour Talbot et Sarlin il y a des zones interdites à la ponction directe, répondant à la paroi abdominale antérieure et sous-costale (hile, vésicule biliaire). Ils ne ponctionnent donc que par voie sous-costale basse sur un foie immobile, en principe en expiration, avec une aiguille de 10 à 12/10° de millimètre, « le vide à la main ».

Ces détails sont intéressants ; plus encore sans doute le fait qu'il existe souvent un point douloureux exquis pariétal, d'une

incontestable valeur localisatrice, sans oublier les renseignements topographiques fournis par les examens radiologiques ; c'est donc là d'abord qu'il faut ponctionner.

Lacaze et Melnofte, grâce à la ponction au point douloureux exquis ont ainsi diagnostiqué la plupart des 252 cas d'abcès qu'ils ont rapportés et dont beaucoup ne dépassaient pas le volume d'une mandarine.

Dans nos observations, la ponction a été pratiquée cinq fois (obs. 3, 4, 5, 7, 8) sans incidents, ni accidents, réserve faite pour l'observation 8 ; elle a été positive quatre fois sur cinq.

La ponction faite, quelle valeur faut-il reconnaître aux caractères du

III. — Pus.

Ceux-ci ne peuvent donner que des présomptions sur son origine.

— Le classique pur chocolat est peut-être moins fréquent en pratique qu'on ne l'a écrit. Il a été rencontré dans nos observations 4 et 6. En outre, il traduit peut-être plus un stade évolutif de la collection qu'une étiologie (Huard). Cependant, associé à d'autres symptômes il peut quand même augmenter la possibilité d'une étiologie amibienne.

— La fétidité (obs. 7) n'indique pas forcément une origine microbienne puisqu'il peut s'agir de surinfection.

— Plus importants pourraient être les résultats de l'examen bactériologique, mais

1° La présence d'amibes est exceptionnelle ; celles-ci ne se trouvant jamais dans le pus, seulement au contact des parois. De plus, elles sont d'une grande fragilité, il faudrait un examen extemporané pour les mettre en évidence.

2° Rappelons que l'abcès amibien peut être surinfecté, en particulier du fait d'une communication avec les voies biliaires (Bourgeon et Pietri).

3° La preuve de l'asepsie du pus ne peut être faite qu'après cultures aérobies et anaérobies. Cette asepsie pourrait alors faire penser à une étiologie amibienne. Cependant, des abcès à pyogènes authentiques peuvent se stériliser (Elsberg et Giordano-Rothenberg et Linder). Ainsi, dans nos observations l'examen bac-

tériologique n'a été positif que deux fois (obs. 2 : staphylocoque, obs. 7 : streptocoque).

Les microbes les plus fréquemment rencontrés seraient (Le Roux) suivant un ordre décroissant : streptocoque, pneumobacille de Friedlander, pneumocoque, colibacille, entérocoque.

IV. — La vitesse de sédimentation globulaire

tend à prendre, à la suite des travaux de Blanc, une importance considérable ces dernières années en Indochine. Nous regrettons de ne pas l'avoir utilisée chez nos malades, car il semble que les conclusions de Blanc soient intéressantes (Blanc, Touzin, Villa) :

pour lui, l'augmentation de la vitesse de sédimentation dans l'amibiase a partie liée avec la nécrose hépatique dont elle se montre un témoin fidèle et sûr. Ses variations seraient dues à des modifications physico-chimiques du plasma sous l'influence possible de substances cytolýtiques solubles d'origine amibienne.

La mesure de la V. S. a pour cet auteur une grande valeur dans l'étude de l'amibiase hépatique : valeur diagnostique, valeur également dans l'étude de l'évolution des abcès ; accidents viscéraux, rechutes, récidives, guérison s'inscriraient sur la courbe de sédimentation.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur la valeur de la V. S., mais les travaux de Blanc nous ont été confirmés par différents médecins revenant d'Indochine ; pour eux également l'étude de la V. S. est un examen très important d'autant plus qu'il est de pratique simple.

Cependant, dans un article récent, P. Huard ne lui reconnaît qu'une valeur pronostique.

V. — Numération et formule sanguine.

Elles ont également pour Huard une valeur pronostique, mais peuvent cependant attirer l'attention par un aspect de suppression.

— Habituellement, on rencontre une anémie plus importante avec une évolution plus longue, rarement au-dessous de trois millions.

Nous-mêmes avons trouvé un nombre de globules rouges normal (5.200.000 dans l'obs. 2) ou subnormal, le chiffre le plus bas étant 3.060.000 (obs. 5).

— La leucocytose est extrêmement variable : elle est élevée dans les abcès microbiens pouvant alors atteindre plusieurs dizaines de milliers avec polynucléose importante alors que dans les abcès amibiens elle est souvent normale ou à peine augmentée. Il ne faut pas s'attendre à trouver une hyperéosinophilie, sans relation, quand elle existe, avec le type d'atteinte ou le processus évolutif.

Pour nous, le chiffre des globules blancs, n'a guère dépassé 10.000 sauf pour l'observation 2 où il s'est élevé à 54.000 avec monocytose à 62 %, mais il s'agissait d'un enfant présentant une coqueluche.

Nous n'avons pas trouvé d'éosinophilie anormale.

VI. — L'hémoculture

est pour Huard très importante. Elle pourrait permettre l'identification d'abcès sans elle méconnue (abcès mélioïdiens, à colibacilles, à fundiliformis).

VII. — La réaction de déviation du complément (test de Craig).

Jusqu'à ces dernières années elle était d'un intérêt plus théorique que pratique, en raison de la difficulté à se procurer les antigènes; mais Mac Dearman et Durham (1952) (cités par Huard) obtiennent une réaction positive dans 80 % des cas d'amibiase extra-intestinale; de même, Elsdon Dew et Shirley E. Madison (1952), par une nouvelle technique, ont un résultat exact dans 28 cas sur 29 d'abcès du foie. Cette réaction ne permet pas de différencier l'hépatite de l'abcès, mais devant une suppuration du foie elle permettrait de préciser l'étiologie.

VIII. — L'examen des selles

n'est pas exceptionnellement négatif même dans l'abcès amibien avéré, au contraire : il existerait, en effet, une sorte de balancement entre lésion intestinale et lésion hépatique, les amibes disparaissant souvent de l'intestin soit spontanément soit après traitement lorsque l'abcès est constitué.

Il a été pratiqué une fois (obs. 5) montrant des kystes d'E. coli, donc résultat sans valeur définitive.

IX. — Recto-sigmoïdo-scopie.

Elle a surtout de la valeur à la recherche d'ulcérations amibiennes dans le cas de tumeur intestinale (Henderson, Smith, Omezie, Clow). Cependant, il n'est pas interdit de penser qu'elle pourrait avoir son utilité dans le cas d'une suppuration hépatique en l'absence d'amibes dans les selles, et à la recherche de l'étiologie.

X. — Examen anatomo-pathologique.

Nous en dirons un mot puisqu'il a été pratiqué dans une de nos observations (5) ; peut-être serait-il susceptible de montrer des amibes dans la paroi de l'abcès, éventuellement.

Avec les examens complémentaires, nous parlerons de l'**épreuve thérapeutique** qui pourrait être envisagée comme moyen diagnostique. Elle pourrait sembler de valeur indiscutable. En fait, elle n'est pas absolue car aucun médicament n'a de spécificité. L'émétine, le meilleur médicament anti-amibien, donne parfois des résultats remarquables en dehors de toute amibiase, en raison de ses propriétés pharmacodynamiques, étant donné son action anti-congestive sur le parenchyme hépatique et peut-être par un pouvoir bactériostatique (Delannoy, Dewanbez Tran-Ngoc-Dinh).

Tandis que, d'autre part, dans des abcès indubitablement amibiens l'émétine ne donnait aucun résultat.

« Les antibiotiques se sont montrés au Vietnam inconstants et imprévisibles dans leur action... peut-on dans ces conditions parler de traitement d'épreuve spécifique ? » (P. Huard).

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

PRONOSTIC

Il est sévère sinon grave. D'abord dans cette affection, comme dans bien d'autres, il dépend de la précocité du diagnostic ; nous n'insisterons pas, faisant remarquer que dans ce cas particulier ce diagnostic est rarement facile parfois extrêmement difficile si on n'y pense pas.

En outre, le pronostic dépend d'un certain nombre de facteurs :

- la virulence relative du parasite et la résistance de l'hôte,
- l'importance et la multiplicité éventuelle des lésions,
- la présence ou non d'infection secondaire dans le cas d'abcès amibiens,
- la présence ou non de complications,
- l'état du parenchyme restant,
- enfin, de la conduite thérapeutique suivie.

Nous verrons plus loin les résultats qu'apportent différents auteurs ; notons d'emblée que le pronostic est beaucoup plus sévère dans les abcès microbiens, presque imprévisible.

Dans les abcès amibiens la mortalité semble moins lourde, oscillant autour d'un quart ; mais chez les malades de Oschner et Debakey quand il y avait cliniquement lésion unique la mortalité était de 11 % alors que tous leurs malades porteurs d'abcès multiples moururent ; les complications (perforations notamment) ont multiplié le taux de mortalité par 7. Ce taux est accru considérablement par la présence de surinfection.

TRAITEMENT MÉDICAL

Il peut quelquefois suffire seul dans le cas d'abcès amibiens, même quand la suppuration est constituée (obs. 3) ; il doit toujours être complété par le traitement chirurgical devant un abcès microbien.

Dans tous les cas son importance est capitale, en tant que traitement général chez des malades en mauvais état ; en tant que traitement essayant d'être spécifique anti-amibien ou anti-infectieux.

Pour l'émétine, nous ne ferons que rappeler les données classiques : elle est prescrite par cures de 0,80 gramme en tout, avec des doses journalières inférieures à 0,08 gramme, associée à la strychnine, tonicardiaques, vitamines B et C.

Les cures peuvent être renouvelées et il y a toujours intérêt à l'associer aux antibiotiques type auréomycine ou terramycine, 20 à 25 grammes en tout ; c'est ainsi que notre malade (obs. 3) a été guéri.

On peut lui adjoindre la CONESSINE, 4 à 5 grammes par cure de 8 à 10 jours.

Les anti-amibiens de synthèse plus récents (Yatren, W.I.A.) semblent apporter des résultats encourageants beaucoup plus dans les formes intestinales qu'hépatiques de l'amibiase (Ranc, Deanjean, Dodin).

Les antibiotiques doivent être systématiquement utilisés quelle que soit l'étiologie.

Leur inconvénient est l'imprévisibilité de leur action tant qu'on n'a pas identifié l'agent microbien et établi son antibiogramme, geste d'importance capitale.

Aussi bien dans les abcès amibiens que microbiens tous les antibiotiques ont également été utilisés à des doses progressivement croissantes.

Le premier en date, la PÉNICILLINE, est un excellent traitement d'appoint de l'amibiase (association émétime-pénicilline-ganidan, de Blanc et Siguier) ; elle a obtenu la première guérison d'un abcès du foie par le traitement médical seul (Michel et Wirth).

Puis sont apparues STREPTOMYCINE, AURÉOMYCINE, CHLOROMYCÉTINE, TERRAMYCINE, utilisées seules ou en association avec des résultats plus ou moins heureux.

Malheureusement, il ne semble pas, le plus souvent, qu'ils suffisent et ils ne restent qu'un excellent traitement d'appoint à la chirurgie. Il faut noter que quelquefois ils sont susceptibles de refroidir une suppuration qui reprendra ultérieurement son évolution.

C'est l'impression que l'on a à la lecture de nos observations :

— Observation 2 : la streptomycine n'a pas empêché l'abcès d'évoluer avec une température à 39°9.

— Observation 3 : le traitement antibiotique refroidit momentanément l'abcès.

— Observation 5 : l'abcès évolue malgré sulfamides, auréomycine, chloromycétine.

— Observation 6 : auréomycine, chloromycétine, terramycine, streptomycine sont sans action sur la température.

— Observation 7 : les traitements anti-infectieux divers sont également sans action sur la température.

Pour le traitement médical, deux notions dominent :

a) aucun traitement n'est spécifique, des échecs et des succès ont été observés avec le même traitement pour une même catégorie d'abcès ;

b) le traitement médical par voie générale a d'autant plus de chance d'être inactif, que l'abcès est mieux constitué, isolé de l'organisme par une barrière fibreuse au contact de laquelle les vaisseaux sanguins sont oblitérés...

Quelle sera donc la conduite à tenir ?

Dans le cas d'abcès amibien certain, sans surinfection, on sera autorisé à tenter un traitement médical pur, avec pour certains auteurs, la ponction évacuatrice; mais en l'absence de signes certains de guérison, la parole devra être laissée à la chirurgie.

Dans le cas d'abcès microbien (thèse de Le Roux) : antibiotiques associés à fortes doses tant que le diagnostic n'est pas fait,

antibiotiques appropriés dès le résultat de la ponction et de l'antibiogramme, intervention chirurgicale, antibiotiques post-opératoires par voie générale et par le drain.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous éliminerons d'abord le traitement par ponctions évacuatrices dont Rogers fut le promoteur et que certains auteurs continuent à préconiser. Rogers pratiquait une ponction-aspiration sur la ligne axillaire dans un espace intercostal bas avec un trocart spécial, suivie d'injection de quinine dans l'abcès et de traitement éméтинien par voie générale.

Chatterji avait perfectionné la technique en adaptant trois tubes au trocart, permettant aspiration, drainage, lavage.

Pour le traitement chirurgical vrai nous rappellerons surtout les données classiques. Il doit comprendre une incision large évacuatrice complétée ou non de drainage, avec protection des séreuses.

I. — Les voies d'abord.

a) Abdominale antérieure ou latérale, avec élargissement possible du côté thoracique en utilisant l'espace infra-pleural (résection éventuelle des 6^e et 7^e cartilages chondro-costaux, de l'appendice xyphoïde, du rebord chondro-costal).

Jaboulay pratiquait une incision sous la douzième côte et un décollement pleuro-costo-diaphragmatique.

Huard et Meyer-May ont insisté sur les avantages de la voie abdomino-thoracique en raison du grand jour qu'elle donne.

La voie abdominale a été utilisée dans nos observations : 1 (trans-rectale), 2 (sous-costale), 4 (médiane sus-ombilicale), 7 (sous-costale), 8 (Mayo-Robson).

b) Thoracique, trans-pleuro-diaphragmatique.

C'est le coup de sabre de Stromeier-Little au niveau de l'accolement des deux feuillets pleuraux. Utilisant le Trendelenburg et la position latérale cambrée (Huard et Meyer-May).

Elle a été utilisée dans les observations 5 et 6.

On peut pratiquer une suture séro-séreuse (Fontan) ou un amarrage du diaphragme à la paroi (obs. 6).

c) La voie lombaire est exceptionnelle.

II. — L'exploration

est le temps essentiel, grandement facilité par des examens radiologiques pré-opératoires.

Par voie abdominale on peut être amené à sectionner le ligament suspenseur pour explorer la face convexe ; la possibilité d'abcès multiples devant toujours être présente à l'esprit.

III. — Traitement de l'abcès.

Il comprend incision puis drainage, après avoir suturé le diaphragme dans la voie trans-pleurale, protégé les viscères abdominaux dans la voie abdominale.

L'incision elle-même est facile dans les cas d'abcès superficiels mais elle risque d'être hémorragique dans les cas d'abcès profonds ; les moyens hémostatiques devront être utilisés (adrénaline, compression large, tamponnement).

Il faudra parfois recourir à l'usage d'un instrument mousse.

Le curettage de l'abcès est dangereux, on devra lui préférer le nettoyage à la compresse ou au tampon monté.

Après évacuation se pose le problème du drainage : classiquement, un large drainage est utilisé ; c'est ce qui a été fait chez nos malades dont les abcès ont été drainés par des mèches et des drains, tandis que certains auteurs restent partisans de la suture primitive ou après 48 heures quand ils sont sûrs qu'il s'agit d'abcès amibiens (Costantini).

L'abcès microbien doit toujours être drainé.

IV. — Indications thérapeutiques.

Quel que soit le type d'abcès, il est certain que les indications thérapeutiques sont d'emblée médicales ; mais, et c'est bien là un point sur lequel nous voulons insister, il est remarquable que même avec les traitements médicaux modernes, les échecs sont fré-

quents. Certes, notre statistique est celle d'un service dont le recrutement est en majorité chirurgicale, mais cependant il faut retenir que tous nos malades sauf deux (obs. 2 et 4) ont eu un traitement médical prolongé, et que seul un de nos malades (obs. 3) a pu ainsi guérir.

Ainsi donc, les indications d'une intervention chirurgicale étant relativement fréquentes, la simplicité de nos suites opératoires (toutes bonnes sauf l'obs. 6 qui nécessite une réintervention), la rapidité de nos guérisons (la durée moyenne de séjour après l'intervention est inférieure à un mois) nous incitent à être partisans d'un geste chirurgical précoce.

Au point de vue de la TACTIQUE CHIRURGICALE à suivre nous garderons les idées classiques :

— la voie d'abord doit chercher évidemment à atteindre le plus directement possible la collection suppurée.

— Nous avons vu que le drainage peut être discuté

- si dans quelques cas d'abcès amibiens non surinfectés et relativement récents, donc avec des lésions anatomiques hépatiques surtout congestives, le principe d'un drainage a minima peut être admis (et nous n'en avons pas d'expérience personnelle)
- dans la plupart des cas, dans les abcès amibiens anciens ou surinfectés et dans les abcès à pyogènes, le drainage doit être suffisamment large ; nous n'avons jamais eu à regretter d'avoir laissé mèches et drains en nombre variable mais toujours multiples, et la sécurité que donne un drainage large nous paraît indiscutable, le seul inconvénient ayant été la persistance d'un petit écoulement toujours spontanément tari (obs. 4, 5, 7).

Enfin, citons les indications qui peuvent se présenter dans les cas compliqués.

— L'ouverture dans le péritoine demande un drainage large, parfois double (obs. 8).

— L'ouverture dans la plèvre entraînera pleurotomie et drainage.

— On a vu que pour certains (Lacaze et Melnotte), l'ouverture dans les bronches est une éventualité favorable; cependant, d'autres auteurs (Miginiac) restent partisans du drainage direct.

— Une perforation dans le péricarde imposerait une laparotomie associée à une péricardotomie, mais en général et, dans les rares cas publiés, la mort se produit avant qu'on ne puisse intervenir.

— Enfin, une ouverture brutale dans les voies biliaires pourra justifier une cholécystostomie.

RÉSULTATS

Ils diffèrent beaucoup selon les modes de traitement utilisé et surtout selon la catégorie d'abcès; les abcès microbiens étant grevés d'une mortalité beaucoup plus lourde.

Citons d'abord quelques résultats :

— Huard et Meyer-May annoncent 24 % de mortalité.

— Gessner, 37 %.

— Lacaze et Melnotte, 4 % (en principe abcès uniquement amibiens).

— Dopter, 59 %.

— Talbot et Sarlin ont eu 5 décès sur 25 abcès.

— C. Rogat, sur 20 abcès amibiens, en a opéré 13 dont 3 sont morts.

— Pour Oschner et Debaquey, il y eut 72 % de mortalité en cas d'interventions par voie abdominale, 66 % par voie trans-pleurale et 33 % par voie extra-séreuse; ce qui met en évidence non seulement l'avantage de la voie extra-séreuse, mais encore le facteur péjoratif des complications, puisque les voies séreuses furent utilisées surtout à leur occasion (perforations).

Outre les complications de l'abcès lui-même, la mortalité post-opératoire relève de diverses causes : complications pulmonaires - insuffisance hépatique - cachexie - lésions métastatiques; sans oublier les complications locales : possibilité d'une hémorragie brutale ou bien continue chronique, persistance d'une cholérragie.

Chez nos malades : l'intervention fut la règle sauf pour un (obs. 3). Pour tous les autres il y eut intervention sous A. G. avec incision thoracique ou abdominale suivant les cas et drainage large, soit avec des mèches (obs. 1 : 4 mèches) soit avec un drain (obs. 4, 6) ou avec les deux associés (obs. 2, 5, 7, 8).

Le drainage était enlevé autour du dixième jour ; on a parfois fait des lavages au Dakin par la sonde (obs. 6, 8).

Sauf pour l'obs. 6 qui eut besoin d'une réintervention au quarantième jour, les suites ont été en général extrêmement simples, en dehors d'un petit écoulement par l'orifice de drainage, dont nous avons parlé antérieurement.

Il apparaît donc remarquable que sur ces 8 malades porteurs d'abcès du foie, dont 7 subirent une intervention, avec parmi eux un abcès double et deux perforations pourtant facteurs d'un pronostic sévère, il n'y eut aucun décès, et que tous ces sujets (sauf un perdu de vue) revus récemment soient en excellent état de santé.

CONCLUSIONS

Nous présentons dans cette thèse 8 observations nouvelles d'abcès du foie à propos desquelles nous avons été amené à faire les commentaires suivants :

I. — Le départ entre abcès amibiens et abcès microbiens est souvent difficile à faire même avec examen bactériologique du pus ; la présence d'amibes est exceptionnelle, tandis que des abcès authentiquement pyogènes peuvent avoir un pus stérile.

II. — Le diagnostic d'abcès du foie n'est pas toujours aisé à faire, surtout dans nos régions, parce que le tableau clinique est rarement complet et parce qu'il existe un grand nombre de formes symptomatiques.

III. — C'est ce qui explique la place de plus en plus grande que tendent à prendre les examens complémentaires :

- à côté des examens radiologiques toujours très utiles,
- et de la ponction qui reste de grande valeur diagnostique, parfois thérapeutique,
- il faut citer la mesure de la vitesse de sédimentation globulaire, examen simple et rapide,
- et le test de déviation du complément dont l'utilisation courante tend à entrer dans la pratique.
- Examens de selles, recto-sigmoïdoscopie, hémocultures peuvent aider à préciser le diagnostic,
- alors que l'épreuve thérapeutique elle-même n'est pas spécifique.

IV. — Le pronostic des abcès du foie reste sévère, malgré les antibiotiques, plus pour les abcès microbiens que pour les abcès

amibiens ; cependant, nous présentons 8 malades ayant parfaitement guéri, 1 par le traitement médical, 7 par le traitement chirurgical.

V. — Nous avons surtout envisagé le traitement chirurgical puisqu'il a été mis en œuvre chez la majorité de nos malades. Il s'impose, en effet, le plus souvent, avec utilisation large des antibiotiques à titres pré- et post-opératoire, suivant les données de l'antibiogramme.

Le Doyen,
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
P. BERTRAND.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 6 Novembre 1954.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
André ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ANAGNOSTOPOULOS (C.). — Contribution à l'étude de la pleurésie droite symptomatique de l'abcès hépatique amibien. P. M., 48 : 7, 1940.
- BERTRAND (P.) et CREYSSEL (J.). — Traité de thérapeutique chirurgicale Tome II : 2259-2268, 1952.
- BERTRAND-FONTAINE, FAUVERT (R.) et SCHNEIDER (J.). — Abscès aigu amibien du foie. Trois observations. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1079, 1948.
- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — Les conséquences thérapeutiques de l'infection associée au cours des amibiases tropicales. Arch. de Méd. générale et coloniale. Deuxième Mémoire.
- Contribution à l'étude de l'amibiase hépatique à évolution sub-aiguë. Rapport au Congrès de Marseille sur le foie colonial.
 - L'Amibiase. Etude clinique et thérapeutique. L'Expansion Scientifique Française, éditeur, Paris, 1950.
- BLANC, TOUZIN et VILLA. — Vitesse de sédimentation globulaire dans l'amibiase. Méd. Trop., avril 1952.
- BOQUIEM (Y.). — L'examen lipiodolé au cours des abcès du foie. Arch. Mal. App. digest., 39 : 94-96, janvier 1952.
- BOURGEON et PIETRI. — L'ouverture des abcès du foie dans les voies biliaires intra-hépatiques. Lyon Chir., 729-749, 1942.
- BOURGEON et MOULONGUET. — L'évolution des abcès amibiens et la douleur pré-perforatrice. Acad. de Chir., 431, 1948.
- BRUN (Cl.). — A propos du diagnostic des complications de l'hépatite amibienne suppurée : l'ouverture de l'abcès amibien du foie dans l'estomac. Thèse, Paris, 1949.
- BUSSON (A.), ARNOUS (J.), BOUREL (M.), DELDICQUE (H.). — Hépatite aiguë et abcès du foie premiers symptômes de l'amibiase autochtone. Sem. Hôp. Paris, 84 : 3512-3515, nov. 1949.

- CARNOT (P.) et CACHERA (R.). — Grand abcès staphylococcique du foie. Son diagnostic par ponction et injection aërolipiodolée. Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. Paris, 50 : 756-760, 1934.
- Le diagnostic et la surveillance des grands abcès du foie par ponctions et injections aërolipiodolées. Arch. Mal. de l'App. digest., 24 : 988, 1934.
- CATTAN (R.). — Quatre observations peu communes d'hépatite amibienne. Sem. Hôp., 1405, 1945.
- Forme septicémique de l'amibiase hépatique. P. M., 527, 1946.
- CONSTANTINI. — Caractères de l'amibiase en Algérie. P. M., 326, mai 1946.
- COSTANTINI (H.). — Des indications du traitement chirurgical des abcès amibiens du foie et de la valeur de la suture primitive sans drainage. Rev. de Chir., 64 : 357, 1926.
- DEBAKEY (M.) et OSCHNER (A.). — Hepatic amoebiasis. Collective Review. 20 years experience and analysis of 263 cases. Intern. Abstr. Surg., 92 : 209-231, 1951.
- DEJOU et CHIPPAUX. — Les abcès solitaires du foie à staphylocoques. Arch. Mal. App. digest., 36 : 16-32, 1947.
- DELANNOY et DEWANBEZ. — Abcès du foie. Echec des antibiotiques et du drainage chirurgical. Guérison par l'émétine. Soc. Gastro-Entérologie du Nord, 1950.
- DENJEAN (B.). — Traitement de l'amibiase par le bis (p. arsono-phényl-amino) 1-2 éthane. Thèse, Lyon, 1953.
- DESJACQUES (R.), GUIGOU, BEYSSAC. — Abcès du lobe gauche du foie. Lyon Chir., 40 : 624, 1945.
- DODIN (A.). — Etude de l'activité de divers médicaments amoebicides ou soi-disant tels par la méthode expérimentale et en thérapeutique humaine. Thèse, Lyon, 1952.
- ELSDON-DEW and SHIRLEY E. MADISON. — Amoebic complement fixation reaction. The Journ. of Prop. Med. and Hygiene, 1952.
- FABRE (J.-L.). — Contribution à l'étude de l'amibiase autochtone. Thèse, Paris, 1944.
- FIESSINGER (N.) et CASTERAN (R.). — Le syndrome pleuro-pulmonaire de la base dans les abcès du foie. L'exploration bilipiodolée des abcès du foie. Déductions de pathologie générale. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 50 : 1348-1353, 1946.
- GIRARD (M.), GUILLEMIN (G.), FRAISSE (M.) et RICHARD (M.). — Abcès amibien du foie à forme perforante. Arch. d. Mal. App. dig. : 609-611, 1950.
- GRISAUD (H.). — Abcès amibien du foie : traitement médical ou chirurgical ? Sem. Hôp. Paris, 28 : 2564-2567, septembre 1952.

- HENDERSON, SMITH, OMEZIES, CLOW (Sian, Schansi). — The importance of amoebiasis on differential diagnosis of abdominal swellings. *Chin. Med. Jour.*, 65 : 193-195, 1949.
- HUARD (P.) et MEYER-MAY (J.). — Les abcès du foie. Masson, éditeur, 1936.
- Observation de 150 cas et comptes rendus autopsiques. *Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 13, 1393.
- HUARD (P.). — La surinfection secondaire des abcès du foie dits amibiens. Intérêt des hémocultures. *Rev. Méd. Chir. Mal. Foie*, 13 : 49-54, 1938.
- Les abcès du foie au Viet-Nam. *Méd. Trop.*, 2 : 613-621, 1950.
- Etiologie des abcès du foie. *Sem. Hôp. Paris*, 19 : 1157-1161, 1954.
- LACAZE (H.) et MELNOTTE (P.). — L'amibiase hépatique et son traitement. *Rev. de Chir.*, 66 : 709, 1928.
- LAMOTTE (M.). — Les abcès du foie. Collection médico-chirurgicale, Flammarion, édit., 557-579.
- LAPIERRE (J.). — Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les hépatites congestives et abcédées en Indochine. Thèse, Paris, 1950.
- LE ROUX (R.). — Contribution à l'étude des abcès microbiens du foie d'apparence primitive. Thèse, Lyon, 1954.
- LOEPER (M.) et VARAY (A.). — Les abcès non amibiens du foie. *La Revue du Foie*, 2 : 103-160, 1943.
- MAC CARTHY et SCHEWDORF. — Conservative treatment of chronic abscess complicated by rupture and intra-peritoneal abscess. *Am. J. Surg.*, 71 : 401-405, March. 1946.
- MAIZA (S.). — Contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie. Thèse, Paris, 1949.
- MATHIS (C.). — Considérations relatives à l'amibiase et à l'hépatite amibienne. *Soc. Path. Exot.*, novembre 1948.
- MICHEL (M.) and WIRTH (W.-R.). — Multiple pyogenic abscess of the liver Cured by penicillin in case due to anaerobic streptococci. *J.A.M.A.*, 133 : 395-396, 1947.
- PALMER. — Military Amoebiasis. *Am. J. Trop. Med.*, septembre 1946.
- PETRIDIS (P.). — La forme gastrique de l'abcès tropical du foie. *Lyon Chir.*, 35 : 360, 1938.
- PRADINES (N.). — Séquelles et complications de l'amibiase en France. Thèse, Paris, 1947.
- RANC (A.). — Les thérapeutiques nouvelles de l'amibiase. Thèse, Lyon, 1949.

ROGAT (C.). — Considérations sur 20 cas d'abcès du foie. Bol. Soc. Cirurgia d. Chile, 23 : 176-180, 1945.

ROQUES (P.). — Les abcès du foie. Méd. Trop., 1948.

ROTHENBERG (R.-E.) and LINDER (W.). — The single pyogenic liver abscess; a study of 24 cases. Surg. Gynec. and Obst., 49 : 31-40, 1934.

SANTY (P.) et MARION (P.). — Abcès du foie à staphylocoque. Lyon Chir., 42 : 491-494, 1947.

SAUTET (J.). — A propos des abcès amibiens du foie. Rev. prat. d. Mal. des pays chauds, 18 : 323-327, 1938.

SAVY (P.). — Traité de thérapeutique clinique, I : 865-871, Masson, éditeur.*

SIGUIER (F.), CROSNIER (J.) et SARRAZIN (A.). — A propos des amibiases hépatiques actuellement observées dans la région parisienne. Soc. Méd. Hôp. Paris, novembre 1948.

SWYNGHEDAUW. — Abcès amibiens du foie communiquant avec les voies biliaires. Soc. Gastro-Entérol. du Nord, 1950.

TALBOT et SARLIN. — Abcès amibiens du foie. A. C. 74 : 443-449, 1948.

— Réflexions sur les abcès amibiens du foie traités par ponctions. A. C., 445, 1949.

— Abcès amibien du foie. P. M., 49 : 831-834, juin 1951.

TODD (J.-W.). — Suppurative hepatitis and diaphragmatic paralysis. Lancet, I : 1210-1211, juin 1951.

TOULLEC (F.) et HUARD (P.). — La ponction exploratrice du foie (dangers, indications, contre-indications). Monde Méd., 45 : 990, 1935.

TRAN-CONG-TOUĆ. — A propos d'un cas d'hépatite amibienne localisée au lobe gauche du foie rapidement guérie par l'émétine. Thèse, Paris, 1948.

WEISS (R.). — Abcès du foie typhiques. Marseille Méd., 1950.

YATER (W.-M.). — Diagnostic des abcès du foie par l'hépto-splénographie au thorotrast. J.A.M.A., 12 : 775-778, juillet 1944.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	II
CHAPITRE PREMIER. — Historique	13
CHAPITRE II. — Observations	19
CHAPITRE III. — Classification étiologique	29
CHAPITRE IV. — Etiologie	37
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique, pathogénie	41
CHAPITRE VI. — Clinique	45
CHAPITRE VII. — Examens complémentaires	53
CHAPITRE VIII. — Pronostic et traitement	61
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	71
TABLEAUX RÉCAPITULATIFS DES OBSERVATIONS	32 et 33
